

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

243
N°

Année 1904

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 17 mars 1904, à 1 heure

Par **Marcel MÉTAYER**

Né à Coudres (Eure) le 1^{er} avril 1877.

LES

MANIFESTATIONS ARTICULAIRES

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. CHAUFFARD, ACHARD, THIROLOIX, agrégés.

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MCHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHT
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	N....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.
Professeurs honoraires: MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DULPAY.	

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENGN	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISÈZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma gratitude pour
tant de sacrifices et de dévouement.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, peut envahir les articulations. Les manifestations articulaires précoces de la syphilis héréditaire sont représentées dans la science par un certain nombre d'observations dont plusieurs appartiennent à M. le professeur FOURNIER et ont été souvent publiées. Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ne sont représentées que par fort peu d'observations ; elles n'ont pas, tant en France qu'à l'Etranger, fait l'objet de nombreux travaux. Il s'agit, il est vrai, d'un accident d'une fréquence peu grande, et facile à confondre avec des lésions articulaires de nature toute différente ; il n'est donc pas étonnant qu'il n'occupât dans la littérature médicale qu'une place encore restreinte.

Ayant eu l'occasion au mois de janvier 1903 de suivre à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur GRANCHER, salle Bouchut, un malade qui réalisait le tableau clinique le plus parfait de cette

affection, nous avons cru intéressant, sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé MÉRY, de réunir les documents publiés sur ce sujet et de les grouper dans ce travail.

Nous sommes heureux de profiter de cette circonstance pour lui dire toute la gratitude que nous gardons pour l'enseignement si précieux qu'il nous a permis de puiser auprès de lui, et pour l'accueil sympathique qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre stage et depuis cette époque.

A tous les maîtres qui ont dirigé nos études médicales nous exprimons également notre respectueuse reconnaissance : MM. les professeurs TILLAUX, MAYGRIER, RÉMY, M. le D^r BARIÉ, auprès desquels nous avons accompli des périodes de stage hospitalier, ont droit à nos sincères remerciements pour les connaissances pratiques que nous avons acquises en suivant leurs services.

Que M. le professeur HUTINEL veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

I

DÉFINITION

DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

Pendant longtemps, on s'est fait de la syphilis héréditaire une idée fausse en la croyant exclusivement reliée à la première enfance. Cette erreur provenait de ce qu'on croyait qu'un enfant, issu de parents syphilitiques, échappait sûrement à l'hérédité spécifique s'il ne présentait rien de suspect dans les premiers mois ou les premières années de sa vie.

La syphilis héréditaire peut se manifester à une époque plus ou moins rapprochée de la naissance, d'où la nécessité de faire, avec M. le professeur Fournier, les distinctions suivantes ; nous appellerons :

Syphilis héréditaire précoce, celle qui succède immédiatement ou rapidement à la naissance ;

Syphilis héréditaire tardive, l'ensemble des accidents syphilitiques qui, dérivant d'une infection héréditaire, se produisent à un âge plus ou moins avancé de la vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte.

La syphilis héréditaire tardive est donc celle qui fait ses manifestations dans un âge plus distant de la naissance, et cela, soit qu'elle entre en action à cet âge pour la première fois, soit qu'elle ait été précédée d'autres accidents de même origine dans le premier âge.

En somme, toute manifestation spécifique de provenance héréditaire venant à se produire dans un âge plus avancé que celui où s'observent usuellement les accidents héréditaires de la syphilis, c'est-à-dire au-delà des deux ou trois premières années de la vie, rentrera dans le cadre de ce qu'on appelle, conventionnellement, la syphilis héréditaire tardive.

II

MANIFESTATIONS GÉNÉRALES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Il nous paraît nécessaire, avant de commencer l'étude des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive d'indiquer, d'une façon aussi succincte que possible, les particularités cliniques révélatrices en quelque sorte, de l'hérédo-syphilis, ou pour mieux dire, ses véritables stigmates.

Ces particularités, nous les rangerons en un certain nombre de groupes, et dans l'ordre suivi par M. le professeur Fournier dans son *Traité de la syphilis héréditaire tardive*.

1° Les hérédo-syphilitiques se présentent sous l'aspect de gens délicats, de constitution peu vigoureuse, débile, chétive même. Ils sont maigres, en général, du moins, et n'ont qu'un système musculaire faiblement développé.

Leur teint est pâle, ou plutôt encore *grisâtre* que pâle. Leur peau est d'une couleur sombre, grise, presque terreuse.

2° Les hérédo-syphilitiques ont un développement

physique *incomplet* et *retardé*. Ils ont marché tard et grandi lentement. Ils sont généralement petits de taille et grêles de formes. Ce sont, à l'âge adulte, de petits hommes ou de petites femmes. Par l'exiguïté de leur taille, par le retard général intervenu dans le développement des organes et des fonctions, les sujets que poursuit une influence syphilitique héréditaire restent longtemps des enfants; ils paraissent toujours plus jeunes qu'ils ne sont. En un mot, l'*infantilisme* est un des traits qui composent presque constamment leur physionomie.

3° Les hérédo-syphilitiques présentent certaines difformités portant sur le *crâne* et sur le *nez*.

Les difformités crâniennes affectent surtout le *front*. Elles offrent là trois variétés bien distinctes: 1° le front bombé en avant, c'est ce que vulgairement on appelle le front olympien; 2° le front a des bosselures latérales; 3° enfin, et très rarement, il est bosselé verticalement sur la ligne médio-frontale, c'est le front en carène.

On rencontre encore sur le crâne d'autres difformités osseuses: les pariétaux portent fréquemment et symétriquement des bosselures constituées par des hyperostoses, ou par des dépôts ostéophytiques à la surface des os. Les pariétaux sont parfois déjetés en dehors, par suite, ils élargissent le diamètre transverse du crâne et constituent ainsi le crâne *natiforme*.

Quelquefois encore le crâne présente un défaut d'asymétrie plus ou moins accentué.

Enfin l'*hydrocéphalie* s'observe dans un certain nombre de cas de syphilis héréditaire.

Les difformités nasales sont fréquentes; les unes

« sautent aux yeux » en quelque sorte, les autres sont à peine appréciables. Les premières sont de véritables effondrements du nez, et constituent ce qu'on appelle le *nez en lorgette*, sorte de luxation du nez en arrière. Les secondes, bien plus communes que les précédentes, modifient d'une façon vicieuse la configuration nasale. La base du nez est élargie en même temps que déprimée, et l'on a ce que vulgairement on appelle un *nez camard* de base.

4° Ces difformités osseuses se retrouvent sur le *tronc* et sur les *membres*.

On rencontre sur les os, spécialement sur les os longs, des tuméfactions, des intumescences. On les observe assez souvent soit sur l'*extrémité supérieure du tibia*, soit sur les *têtes du radius* et du *cubitus*, soit sur les *malléoles*, soit sur les *extrémités antérieures des côtes*, soit encore sur le *coude*.

La diaphyse des os longs, notamment du tibia, du cubitus, du radius, de l'humérus, de la clavicule, présente des tuméfactions semblables à celles signalées plus haut.

Mais de tous les os, il en est un qui mérite une mention spéciale, tant il constitue pour la syphilis héréditaire un signe révélateur, c'est le *tibia*. Sur une grande étendue de sa diaphyse, le tibia est tuméfié, hyperostoté ; sa surface est irrégulière, bosselée, noueuse, parfois semée de petites inégalités tubériformes. La crête tibiale est élargie ; ce n'est plus un bord tranchant, c'est une nouvelle face osseuse. Enfin le tibia paraît

incurvé, en *lame de sabre*; on croirait un tibia de rachitique.

Le squelette des hérédosyphilitiques peut présenter d'autres difformités d'ensemble, portant sur un os ou sur des os similaires. Ainsi l'on peut encore trouver des tibias arqués, un thorax saillant en carène, ou encore des déviations rachidiennes pouvant aller jusqu'à la gibbosité.

5° La *peau* et les *muqueuses* portent aussi fréquemment des stigmates cicatriciels, indélébiles, de l'hérédosyphilis.

Ces cicatrices présentent certains caractères qui attirent sur elles l'attention des observateurs. Elles sont, en général, d'assez grande dimension, et multiples. Certaines ont une forme arrondie, d'autres ont des contours constitués par une série d'arcs de cercle, d'autres, encore, sont rubannées, ondulées ou disposées les unes par rapport aux autres en arc de cercle, en demi-lune. Ces cicatrices ont des localisations qui leur sont particulières; on les rencontre aux commissures labiales, sur les ailes du nez ou la sous cloison, au niveau des régions postéro-inférieure du tronc et postéro-supérieure des membres pelviens, et enfin sur la voûte palatine et le pharynx.

Les trois ordres de : *le* que nous allons énumérer maintenant constitue *ainsi* qu'on appelle *la triade d'Hutchinson*. Sous cette dénomination on comprend des manifestations qui coïncident fréquemment chez les hérédosyphilitiques; ce sont :

a. — *Des inflammations oculaires*; b. — *des troubles de l'ouïe*; c. — *des malformations dentaires*.

6° a). — *Les inflammations oculaires* consistent en phlegmasies anciennes dont les malades ne manqueront pas de vous parler, si vous les interrogez. Elles ont pu à un certain moment déterminer une cécité complète. Sur la cornée, on trouve des modifications de la transparence de cette membrane sous forme de *néphélions*, d'*albugos* ou de *leucomes*.

L'iris n'échappe pas non plus aux manifestations hérédosyphilitiques; on y trouve des déformations pupillaires, des synéchies, dépôts pseudo-membraneux, opalins, blanchâtres, dans le champ pupillaire.

Toutes ces lésions ne sont que des reliquats de phlegmasies oculaires d'une époque antérieure.

Mais il en est deux qu'il est nécessaire d'indiquer plus longuement, vu leur grande fréquence, comme on peut en juger par les observations que nous rapportons; ce sont, par ordre de fréquence: *la kératite interstitielle diffuse*, et *l'iritis*.

La kératite interstitielle diffuse débute insidieusement par un trouble de la vision et augmente progressivement; le malade a sans cesse devant l'œil affecté une sorte de brouillard; ces troubles peuvent aller jusqu'à la cécité complète. Ils s'accompagnent de photophobie, de blépharospasme, de douleurs oculaires, orbitaires et périorbitaires, d'ophtalmie, d'agitation, etc. Cette kératite interstitielle n'affecte en général qu'un seul œil à la fois; il est exceptionnel qu'elle intéresse les deux yeux d'emblée; elle n'est binocu-

laire que successivement. Ces symptômes se traduisent du côté de la cornée par les transformations suivantes : la cornée d'abord ternie et comme criblée d'un semis de « verre pilé », s'opacifie ensuite et subit une injection vasculaire ; puis ces opacités cornéennes peuvent régresser ou bien persister sous forme de leucome, d'albugo ou plus souvent de néphéliou.

L'iritis débute aussi presque toujours de façon insidieuse. Les douleurs sont nulles ou légères ; l'injection vasculaire est peu accentuée, et c'est ce processus indolent, aphlegmasique et torpide qui doit faire diriger les recherches du côté de l'hérédosyphilis.

7° b). — *Les troubles de l'ouïe* qui aboutissent brusquement et rapidement à la surdité ont été précédés d'écoulements d'oreilles, d'otite moyenne, de perforations du tympan dont on peut observer des cicatrices consécutives, d'altération ou de destruction partielle ou totale de cette membrane.

8° c). — *Les malformations dentaires* sont fréquemment précédées de retard dans l'évolution dentaire : les dents ne font, en somme, que participer à ce retard du développement physique des hérédosyphilitiques. Elles présentent des érosions qui, d'après leur aspect, sont dites en cupule, en facettes, en sillon, en nappe. Ces érosions, il faut les rechercher tout d'abord sur les premières grosses molaires, sur les incisives et enfin sur les canines. Mais le meilleur signe dentaire en faveur de l'hérédosyphilis, c'est ce qu'on appelle *la dent d'Hutchinson*, caractérisée par l'échancrure semi-lunaire du bord libre de la dent ; elle a d'autant

plus de valeur qu'elle affecte de préférence les incisives médianes supérieures.

9° *Les testicules* sont aussi atteints par l'hérédosyphilis, ils présentent souvent la lésion connue sous le nom de *sarcocèle syphilitique*, consistant en une atrophie avec déformation et dureté ligneuse de la glande. Parfois, on trouve un défaut de développement des testicules, sans induration ; on dirait des testicules d'enfants sur des jeunes gens ou des adultes.

10° *Le système ganglionnaire* est parfois touché par la syphilis héréditaire ; il est le siège d'hypertrophies plus ou moins considérables ; hypertrophies multiples, ovoïdes, fermes, mobiles et plus ou moins volumineuses. Elles siègent le plus habituellement sur les parties latérales du cou, quelquefois dans les régions inguinales ou axillaires et, parfois, dans la cavité abdominale.

11° Nous arrivons enfin *aux manifestations articulaires de la syphilis héréditaire*, qui font le sujet de notre travail. Nous nous réservons de les décrire assez longuement dans notre chapitre de *symptomatologie*.

III

HISTORIQUE

Si, en nous inspirant des travaux de Delaittre, nous refaisons l'historique de la syphilis héréditaire, il nous sera facile de constater que les manifestations tardives de cette diathèse ont fort peu préoccupé les auteurs anciens, et encore moins ses manifestations articulaires ; et nous verrons que ce n'est qu'en nous rapprochant de notre époque que l'on commence à en faire mention, soit dans certaines thèses, soit dans certains ouvrages didactiques.

Déjà, en 1508, Georges Vella parlait de la transmissibilité de la syphilis par l'hérédité, et en 1529, un médecin suisse, Théophraste Paracelse disait que « le mal français, passé du père à l'enfant, était plus héréditaire que la lèpre elle-même. » En 1532, Nicolas Massa cite 3 cas de syphilis héréditaire, l'un à 3 ans, un autre à 8 ans, et un troisième à 11 ans. Puis, nous trouvons ensuite parmi ceux qui crurent à l'hérédité de la syphilis : J.-B. Théodosius, en 1541 ; Fracastor en 1546 ; Fernel en 1556 ; Fallope en 1560 ; Sylvaticus en 1601.

Nous voyons donc que la question de l'hérédité de la syphilis ne faisait déjà à cette époque aucun doute pour certains.

Si, négligeant de citer tous les auteurs qui se sont faits les défenseurs de l'hérédo-syphilis, nous passons à une époque plus rapprochée de nous, nous verrons que nos ancêtres attribuaient à la syphilis bien des maladies héréditaires que, depuis, on s'est efforcé de différencier.

Ainsi, en 1699, Uçay disait en parlant de la syphilis « C'est de là que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, tant de flueurs blanches aux femmes. »

En 1736, Astruc se pose en détracteur et n'admet pas la transmissibilité de la syphilis proprement dite, mais fait provenir de la syphilis dégénérée la scrofule, le rachitisme et la tuberculose.

En 1759, un médecin portugais, Sanchez, y voit l'origine de tant de maux d'yeux, tant d'écrouelles, tant de gens avec des épaules de travers, avec l'épine dorsale courbée de mille façons, les jambes crochues, une petite taille mince, sans muscles prononcés et sans consistance.

En 1765, un des élèves de J.-L. Petit dit que le germe de la maladie peut se manifester par des symptômes étrangers à la syphilis, tels que écrouelles, rachitis, scorbut.

En 1768, un médecin suédois, Rosen de Rosenstein, éja l'infantilisme de la syphilis héréditaire et

semble pressentir le non-développement des organes génitaux qui souvent en résulte.

En 1780, Vigarou rattache à la syphilis les virus cancéreux et psoriques.

En 1783, Carrère y fait rentrer la dysurie, la paralysie, l'épilepsie et l'apoplexie.

Vers la même époque, en 1786, Hunter, en Angleterre, nie l'hérédité de la syphilis.

En 1793, un chirurgien écossais, Bell, soutient au contraire l'hérédité de la syphilis et dit que celle-ci peut demeurer latente chez l'enfant et n'apparaître qu'à la puberté, à l'époque du mariage ou d'un accouchement, circonstances qu'il regarde comme des crises ou des perturbations susceptibles de provoquer l'apparition de ces symptômes.

En 1805, Baumès, chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, signale la possibilité de l'apparition des marques de la syphilis héréditaire non seulement chez celui à qui est échu ce triste partage, mais encore sur ses descendants pendant plusieurs générations et se traduisant alors par des accidents scrofuleux et dartreux de toute sorte.

En 1828, Lagneau père décrit la syphilis héréditaire infantile et dit qu'au delà de la première enfance « les enfants mènent une existence pleine d'infirmités et misérable, quand ils vivent ».

En 1836, paraît dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, l'article « Syphilis » de MM. Cullerier et Rattier, qui raillent les médecins qui regardent comme de la syphilis héréditaire des accidents surve-

nant après la deuxième dentition, la puberté et même plus tard, accidents qui pour eux doivent être qualifiés scrofuleux, scorbutiques ou dartreux.

En 1847, Trousseau et Lasègue, dans un mémoire sur la syphilis constitutionnelle infantile, admettent que des accidents tertiaires peuvent se montrer tardivement dans la syphilis héréditaire comme dans la syphilis acquise.

Ricord admet très bien l'explosion tardive des accidents de la syphilis héréditaire, ce qu'il cherche à expliquer par l'influence du traitement suivi par les parents. Dans une discussion à l'Académie de médecine, en 1853, il est le champion de l'hérédité tardive de la syphilis contre Depaul et Devergie.

Cazenave décrit également la syphilis tardive. Il en est de même de Prosper Yvarren, en 1854, dans ses « Métamorphoses de la syphilis ».

Diday cite quelques observations qui lui semblent devoir être évidemment rattachées à la syphilis héréditaire tardive.

En fait d'accidents tardifs de la syphilis héréditaire, Devergie, en 1857, parle des scrofulo-syphilides et Desprès, dans son *Traité théorique et pratique de la syphilis*, signale les « syphilides tuberculeuses circonscrites ».

Bazin, Melchior Robert, Davasse, Lancereaux, Gosselin, Hardy, J. Simon croient également aux manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

En 1865, à la Société médicale des hôpitaux, Hérard présente un cas qu'il pense devoir être rattaché à la

syphilis héréditaire. MM. Fournier, Guibout et Hervès de Chegoin se rangent au même avis, tandis que M. Lallier y voit de la scrofule.

En 1871, à la Société de chirurgie, Panas et Dolbeau voient dans la kératite interstitielle diffuse et dans les lésions dentaires signalées par Hutchinson, non de la syphilis, mais l'effet de la scrofule et d'une mauvaise hygiène ; ces kératites, dit Panas, sont hérédo-cachectiques.

Giraud-Teulon et Demarquay, au contraire, partagent l'opinion d'Hutchinson et apportent de nouveaux documents à l'appui.

A l'étranger, on s'occupe aussi de la syphilis héréditaire tardive :

En Angleterre, depuis 1857, Hutchinson publie successivement plusieurs mémoires pour démontrer la nature syphilitique de certaines lésions des yeux, des dents et des oreilles, et qui constituent ce qu'aujourd'hui l'on appelle « triade d'Hutchinson » et que nous avons décrites dans le précédent chapitre. Crichtett et Hughlings Jackson, Rivington, Field, Herwy Lee, Coupland, etc..., apportent également des observations de syphilis héréditaire tardive.

En Allemagne, citons comme défenseurs de la même thèse, Beckers, Hoffmann, Plenck, puis Dittrich, en 1849 ; Sigmund, en 1858 ; Virchow en 1860 ; Baëumler ; Laskewitch ; Zeissl ; Schwimmer ; Lewin ; Hirschberg ; Frenkel, Bareusprung ; Kassowitz ; Behrend ; Vадja.

En Italie, nous pouvons citer Sperino, Celiso Pellizzari, et Alessandro Tafani.

C'est à partir de cette époque qu'en France la question de la tardiveté de la syphilis héréditaire fait de rapides progrès.

En 1874, paraît la thèse de Gressent sur les manifestations tardives de la syphilis héréditaire.

En 1875, Chaboux, de Lyon; dans sa thèse sur les affections ulcéreuses graves de la région nasopharyngienne, admet pour un certain nombre de cas la syphilis héréditaire. En même temps, à Paris, Homolle, choisissant le même sujet de thèse, soutient comme l'avait fait son maître M. Lallier, en 1865, à la Société médicale des hôpitaux, que la scrofule seule doit être incriminée.

La même année paraissent les thèses de Waffier, sur le *Rhumatisme syphilitique* ; celle de Dauzat, sur l'*Arthrite syphilitique* ; et celle de J. Voisin sur les *Arthropathies syphilitiques*.

En 1877, I. Plateau étudie dans sa thèse les *Epanchements articulaires syphilitiques*.

L'année suivante, en 1878, G. Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, compare les arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.

En 1879, M. Augagneur soutient à Lyon une thèse qui est un chaud plaidoyer en faveur de la syphilis héréditaire tardive : il accumule les matériaux pour écraser ses adversaires sous le nombre des preuves. C'est le premier travail où se trouvent réunis tous les cas de syphilis héréditaire tardive observés jusqu'alors, mais disséminés jusque-là.

En 1880, Dureuil, dans sa thèse, étudie les *Pseudo-*

tumeurs blanches syphilitiques, dont nous reproduisons plusieurs observations.

En 1882, MM. Diday et Doyon font une revue critique sur la syphilis héréditaire, à propos du travail de Behrend.

La même année, paraît la thèse de Méricamp, sur les *Arthropathies syphilitiques tertiaires*.

En 1883, Ranguedat, dans sa thèse, étudie les *Arthropathies dans la syphilis héréditaire*; Delaittre, dans la sienne, l'Histoire, l'Étiologie et la Pathogénie de la syphilis héréditaire, et particulièrement de ses manifestations tardives.

L'année 1886, voit enfin paraître un ouvrage de puis longtemps attendu, celui de M. le professeur Fournier, sur la *Syphilis héréditaire tardive*. Ce travail auquel nous avons fait de nombreux emprunts venait combler une lacune dans la science médicale. Et en effet, ce n'est guère qu'à partir de cette date que les traités de pathologie commencèrent à mentionner moins timidement les manifestations de la syphilis héréditaire et en particulier ses manifestations articulaires.

La même année, en Angleterre, le journal *The Lancet*, du 27 février, publie un article de H. H. Clutton, assistant de chirurgie de l'hôpital Saint-Thomas, ayant pour titre : *Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis*. Clutton a pu rassembler, grâce à ses collègues MM. Lawford, Nettleship et Greenfield, onze cas de cette « synovite symétrique des genoux », qui selon lui doit être rattachée — et l'est, comme telle, aujourd'hui — à la syphilis héréditaire. Tous les sujets

porteurs de cette synovite, sauf un, étaient atteints de kératite interstitielle simple ou double.

En 1887, Danjou, dans sa thèse étudie les *Ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire*; il en rapporte sept observations.

A partir de cette époque, et grâce surtout au travail magistral de M. le professeur Fournier, l'existence de la syphilis héréditaire tardive était chose reconnue; malgré cela les observations ne se sont point multipliées et elles sont encore peu nombreuses en ce qui concerne les manifestations articulaires.

En 1897, la *Revue d'Orthopédie* publie un article de MM. Kirmisson et Jacobson, sur les *Arthropathies dans la syphilis héréditaire*, ainsi que quelques observations que nous rapportons ailleurs.

L'an dernier, le 27 mars 1903, MM. H. Méry et L. Guillemot faisaient à la Société médicale des hôpitaux une communication au sujet d'un enfant atteint d'une double ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique du genou dont nous reproduisons plus loin l'observation.

Telle est à l'heure actuelle la position de notre question; et l'on pourra se rendre compte, par le peu d'observations probantes que nous avons pu recueillir, que les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ont fort peu jusqu'alors rencontré d'observateurs ou, plutôt, peut-être trop rencontré d'incrédules.

IV

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les conditions étiologiques capables de produire l'éclosion tardive des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire sont de deux sortes : les unes, et ce sont les plus certaines, dépendent des parents ; les autres, beaucoup plus problématiques, ne sont qu'occasionnelles, elles résident dans l'âge, le sexe, la constitution, l'état physiologique des sujets, le milieu dans lequel ils se trouvent.

Occupons-nous d'abord des parents. Il y a à leur sujet bien des questions à se poser, questions auxquelles on n'a pu franchement répondre jusqu'alors, vu le petit nombre d'observations probantes sur lesquelles on pouvait s'appuyer. Tout d'abord, on peut se demander dans quel état doit se trouver la syphilis des parents pour que leurs enfants soient atteints de symptômes tertiaires tardifs ? Il est certain qu'en se basant sur les observations que nous rapportons, on peut répondre que leur état diathésique devait avoir dépassé de peu la période secondaire au moment de la

procréation ; c'est d'ailleurs la constatation, presque générale, faite pour toutes les manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

On s'est demandé si un seul des deux procréateurs étant infecté, l'autre jouissant d'une bonne santé, l'influence du dernier sur le produit de conception ne pourrait pas amoindrir les effets de la diathèse syphilitique transmise par le premier, et en retarder les manifestations ; c'est fort possible. Mais, en tout cas, s'il est une question à laquelle on peut répondre avec assez de certitude, c'est celle qui a trait à l'ancienneté de la maladie des parents au moment de la procréation. Il nous a été facile, à nous-même, de nous faire une opinion à ce sujet pendant notre stage obstétrical, et les occasions ne nous ont point manqué de constater l'influence de la syphilis sur la grossesse. Nous avons pu apprendre de certaines femmes, chez lesquelles la syphilis ne pouvait être méconnue et qui l'avaient elles-mêmes, quel avait été le sort de leurs grossesses antérieures : c'est la succession bien connue de ces fausses couches répétées, de ces grossesses évoluant de plus en plus près du terme, puis jusqu'à terme, de ces naissances d'enfants ne vivant que quelques heures, quelques jours ou quelques mois, infectés qu'ils sont dès leur entrée dans la vie par la terrible diathèse, et enfin, un beau jour, celles d'enfants indemnes de toute manifestation spécifique. Or il est certain que ceux-ci rentrent dans le nombre de ceux dont nous nous occupons. Jusqu'au jour où apparaîtront les premiers accidents, la syphilis sera chez eux à l'état latent ; elle

ditaire tardive elles peuvent se présenter à un âge plus avancé.

En ce qui concerne la Pathogénie de la question, nous serons bref, car elle est encore plus obscure que l'Etiologie. Nous tenons cependant à faire remarquer que les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ne dérogent point à cette proposition, aujourd'hui reconnue, à savoir : la plupart des manifestations de la syphilis héréditaire tardive sont d'ordre tertiaire. C'est justement ce qui permet de faire la distinction entre la syphilis héréditaire tardive et la syphilis acquise du jeune âge.

V

SYMPTOMATOLOGIE ET OBSERVATIONS

Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive, de même que toutes les autres manifestations tardives de cette diathèse, doivent à M. le professeur Fournier d'avoir aujourd'hui une symptomatologie bien arrêtée. Antérieurement à la publication du *Traité de la syphilis héréditaire tardive*, la description de ces accidents n'avait guère été qu'ébauchée, et les travaux qui s'y rapportaient étaient un peu épars de tous côtés ; en les réunissant dans son ouvrage, M. le professeur Fournier les a classés suivant un nombre déterminé de types auxquels on n'a rien ajouté depuis. Nous adopterons cette classification dans notre énumération et nous placerons à la suite de chaque variété de formes les observations qui s'y rapportent.

Les diverses formes que revêtent les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive sont les suivantes :

1^{er} *La forme arthralgique ;*

2° La forme *hydarthrose*, que nous subdiviserons en : *hydarthrose simple*, et *hydarthroses essentielles* ;

3° La *pseudo-tumeur blanche syphilitique* ;

4° L'*arthropathie déformante*.

I. — **Forme arthralgique.**

Cette variété est constituée par un simple trouble fonctionnel, perçu seulement par le malade et qui consiste en une sensibilité douloureuse d'une ou de plusieurs articulations.

Ces douleurs surviennent sans cause, prennent par accès, durent un certain temps, puis se dissipent sans raison plus appréciable, pour reparaitre à intervalles absolument irréguliers.

Pendant leur durée, l'exercice et la marche sont impossibles ou à peine tolérés. Leur intensité est fort variable : tantôt elles sont sourdes et supportables, tantôt vives et aiguës. Enfin, c'est surtout la nuit qu'elles apparaissent et ce moment de leur invasion ne contribue pas peu à les rendre plus violentes.

Si nous examinons la ou les jointures prises, nous ne trouvons rien d'anormal : il n'y a pas de tuméfaction, pas de déformation, pas de rougeur tégumentaire, pas d'épanchement synovial. Chacune des articulations exécute normalement et sans douleur tous les mouvements qui lui sont propres et la pression n'éveille aucune sensibilité en quelque point que ce soit de l'article.

De trouble général il n'est nullement question, pas même de fièvre, et si parfois on se trouve en présence de quelques accidents de réaction nerveuse, ce n'est qu'au moment d'un accès ; lui passé, tout rentre dans l'ordre.

La description que nous venons de faire de cette forme arthralgique ne présente, il faut l'avouer, rien de spécial en tant que phénomènes morbides ; tout au plus l'exacerbation nocturne des douleurs articulaires pourrait-elle les rendre quelque peu suspectes. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les erreurs de diagnostic soient fréquentes et à ce que ces arthralgies de la syphilis héréditaire tardive soient prises ou bien pour *des douleurs rhumatismales*, ou bien pour *des douleurs de croissance*.

REMARQUE. — Nous n'avons point d'observations personnelles à rapporter de cette variété, mais nous tenons à faire remarquer que, parmi les différentes observations qui font suite aux autres types cliniques que nous décrivons, il en est certaines chez lesquelles la forme arthralgique a pu marquer le début des manifestations articulaires définitives ; ce dont on pourra se rendre compte par leur seule lecture.

II. — **Forme hydarthrose.**

Dans notre énumération des diverses formes articulaires de la syphilis héréditaire tardive nous avons déjà indiqué la division de cette seconde variété en deux

sous-variétés à savoir : *l'hydarthrose simple et les hydarthroses essentielles*, occupons-nous donc d'abord de la première.

a). — HYDARTHROSE SIMPLE.

Cette sous-variété ne représente en apparence qu'une hydarthrose simple, de forme chronique. Elle frappe de préférence les grosses articulations et surtout le genou.

Si nous examinons l'articulation atteinte, nous constatons de suite une augmentation de volume de l'article dont la forme a changé : il est globuleux, arrondi ; les saillies et les dépressions ont disparu et l'on voit, à la place des fossettes, des soulèvements de la synoviale distendue par le liquide.

Ainsi, l'articulation du genou, la plus fréquemment atteinte, offre des saillies caractéristiques de chaque côté de la rotule, et au-dessus, dans le cul-de-sac sous-tricipital. Le choc rotulien est facilement perçu, si on le recherche.

Cette hydarthrose a un début insidieux ; elle évolue lentement et sans douleur appréciable. Le malade n'en ressent aucune gêne, aucun trouble fonctionnel : c'est à peine si quelques mouvements sont un peu bridés, la flexion et l'extension conservant presque leur amplitude normale.

Cette description, en somme, ne diffère en rien de celle de l'hydarthrose vulgaire ; mais examinons les choses de plus près : palpons méthodiquement et avec attention l'articulation atteinte.

Nous percevons de suite l'augmentation de volume de l'une ou des deux extrémités osseuses et par la pression, en certains points, nous provoquons de la douleur ; ce qui contraste entièrement avec l'indolence absolue du reste de l'article.

Cette augmentation de volume des extrémités osseuses n'est pas toujours facile à déterminer, c'est que parfois il s'agit seulement d'altérations circonscrites d'une épiphyse, de périostites épiphysaires très limitées.

Il résulte de cette constatation que l'hydarthrose, qui semblait jouer le premier rôle, doit être reléguée au second plan ; elle ne fait en réalité que masquer des tuméfactions osseuses dont elle ne constitue qu'un épiphénomène, qu'une conséquence.

On voit la grosse lésion, l'hydarthrose, et l'on risque, sauf à un examen minutieux, de ne pas voir la lésion véritable, à savoir la lésion osseuse qui, de fait, est beaucoup moins apparente.

Observation I (résumée).

(In thèse de RANGUEDAT).

Lésions hérédosyphilitiques multiples. Hydarthrose double.

Lé nommé X... (Louis-Perrin), âgé de 17 ans, forgeron, entré le 5 février 1883, salle Saint-Louis, n° 9, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur Fournier).

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES — Père bien portant, mais alcoolique. Sa mère, à l'âge de 24 ans, a contracté la syphilis, qui s'est manifestée chez elle par des syphilides cutanées, vulvaires,

buccales, de l'alopecie, etc... Elle a été soignée à cette époque, pendant huit mois, dans le service de M. le Dr Lailler, à l'hôpital de Lourcine. Six mois après sa sortie, elle eut de nouveaux accidents, entra une seconde fois chez M. Lailler, qui la soumit au traitement mixte pendant six mois. Depuis lors, elle ne s'est plus soignée et n'a jamais été malade.

Deux ans après avoir contracté la syphilis, elle est devenue enceinte et a accouché à terme d'un enfant qui mourut à 17 jours, ayant des bulles de pemphigus sur les pieds et les mains, des ulcérations aux lèvres et à l'anus.

Un an après cette première grossesse, et par conséquent trois ans après le début de la syphilis, elle se marie avec un homme fort, robuste, mais alcoolique. De cette union elle a 8 enfants, qu'elle a tous nourris.

L'aîné est celui qui entre à l'hôpital et sur lequel nous reviendrons. Des sept autres, un est né avant terme; trois sont morts à trois mois, sans avoir été traités comme syphilitiques, et après avoir présenté dès la troisième semaine des éruptions généralisées à presque tout le corps, mais surtout abondantes au niveau des pieds, des mains, des fesses et du tronc. Les trois autres enfants sont bien portants et n'ont jamais eu d'accidents spécifiques.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Le malade est l'aîné de tous les enfants. Il est venu à terme et a été nourri par sa mère. Trois semaines après sa naissance il a eu des boutons sur les fesses, des ulcérations anales, etc..., qui, sous l'influence du traitement spécifique institué par M. le Dr Lailler, disparurent assez vite.

A 4 ans, l'enfant qui était chétif, souffreteux, retomba malade, et fut, au dire de sa mère, traité pour le « carreau » par un médecin de Saint-Denis.

A 12 ans, il fut conduit à Sainte-Eugénie, pour des accidents strumeux (gourmes, adénopathies cervicales).

A 15 ans, il a eu des douleurs vagues dans les genoux et dans les jambes.

ETAT ACTUEL. — L'habitus extérieur est celui d'un garçon peu robuste ; le teint est terreux, les membres grêles. Taille 1 m. 65.

Le malade est porteur de nombreuses manifestations hérédosyphilitiques. Il est sourd de son oreille gauche depuis une époque qu'il ne peut exactement déterminer ; depuis un mois seulement, il l'est aussi de la droite. Il n'a jamais eu d'otorrhée, ni aucune souffrance.

Du côté des yeux : la cornée gauche est absolument dépourvue de transparence ; elle est d'une couleur grisâtre générale. La photophobie est légère ; il n'y a pas de larmolement.

Du côté de la cornée droite, nous trouvons deux néphéliions nucléaires.

Le nez ne présente rien de particulier.

Quant aux malformations dentaires elles sont nombreuses. Les incisives médianes inférieures présentent trois cuspides bien nettes, régulièrement disposées. Les premières molaires inférieures sont absentes. Les dents de sagesse n'existent pas.

A la mâchoire supérieure l'incisive médiane supérieure gauche présente le type de la dent d'Hutchinson. L'incisive médiane supérieure droite est amincie. Quant aux canines, seule, la canine supérieure droite présente deux sillons légèrement arqués.

Articulations. — Au niveau des genoux, on constate une double hydarthrose qui daterait, d'après le malade, du mois de septembre dernier. A cette époque, il a commencé à souffrir de ses articulations, qui, peu à peu, ont augmenté de volume, au point de déformer maintenant tout à fait les deux genoux.

Ceux-ci, en effet, sans présenter aucune rougeur, aucune trace d'inflammation superficielle, sont le siège d'un épanchement considérable, qu'il est facile d'apprécier par les moyens de palpation ordinaires. Toutefois la quantité de liquide est plus grande à gauche qu'à droite. La rotule est fortement soulevée ; les culs-de-sac supérieur et inférieur de la synoviale sont largement distendus. Les mouvements sont normaux, et ne déterminent pas de craquements. Les extrémités articulaires, surtout du côté du fémur, sont un peu hypertrophiées, et quand le malade est debout, les genoux se touchent comme chez les cagneux. Quant aux troubles fonctionnels, ils sont nuls. Le malade marche tout le jour, et ne souffre que lorsqu'on fait exécuter à l'article des mouvements de flexion forcée.

TRAITEMENT. — Dès le jour de son entrée à l'hôpital, le malade est soumis au traitement suivant : sirop d'iodure de fer, quatre cuillerées par jour ; iodure de potassium, 4 grammes. Sous l'influence de ce traitement, il ne s'est pas produit une amélioration sensible dans l'état de notre malade, dont le séjour à l'hôpital a duré du 5 février au 5 avril. Aussi faut-il supposer que nous nous trouvons en présence d'un sujet réfractaire au traitement, comme il en est cité plusieurs exemples dans la statistique d'Augagneur.

b). — HYDARTHROSES ESSENTIELLES.

Cette seconde sous-variété est due à H.-H. Clutton, assistant de chirurgie de l'hôpital Saint-Thomas, qui l'a « dénommée *symmetrical synovitis of the knee* ». Cette « synovite symétrique des genoux » se traduirait, selon lui, exclusivement par une sorte d'hydarthrose essentielle, absolument indépendante de toute affection osseuse.

Elle aurait pour caractères principaux :

- 1° D'affecter symétriquement les deux genoux ;
- 2° D'être insidieuse comme début et aphlegmasique comme développement ;
- 3° D'être indolente ;
- 4° D'évoluer d'une façon chronique ;
- 5° D'être bien plus accessible à l'action du traitement antisypilitique qu'aux médications vulgaires de l'hydarthrose (repos, compression, etc...).

C'est d'un article de Clutton ayant pour titre « *Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis* », paru dans le journal *The Lancet* du 27 février 1886, que sont tirés les caractères précédents. On y trouve aussi, en un tableau, la relation succincte des 11 cas de synovite symétrique des genoux » dus à Clutton et à ses collègues, MM. Lawford, Nettleship et Greenfield.

De ces 11 cas, ces auteurs ne donnent aucune observation et ce n'est qu'en traduisant le tableau de Clutton que nous pouvons apprendre : que cette « synovite symétrique des genoux » a évolué chez cinq garçons et six filles, d'un âge variant entre 8 et 21 ans ; qu'elle a duré de six semaines à un an, et que tous ces sujets, sauf un, étaient atteints, entre autres manifestations de syphilis héréditaire, de kératite interstitielle double ou simple ou présentaient des traces anciennes de ce même accident tardif.

III. — Pseudo-tumeur blanche syphilitique.

La dénomination de « pseudo-tumeur blanche syphilitique », donnée à cette variété, date déjà de long-

temps : En 1880, elle fournit le sujet de thèse de Dureuil ; et « Si nous conservons, dit M. Fournier, à cette variété de lésion le nom de pseudo-tumeur blanche syphilitique, c'est que ce nom nous paraît avoir le double avantage pratique de signaler à l'attention l'erreur souvent commise sur les affections de ce genre, et d'en contenir du même coup la réfutation ».

Le début de cette variété est insidieux, sourd, sans aucun appareil fébrile. Le seul symptôme dont se plaint parfois le malade, c'est une douleur ostéocope, à exacerbations nocturnes, et siégeant surtout dans la région qui est le siège du travail morbide : c'est dire, en un mot, que cette forme débute parfois par la forme arthralgique. Puis apparaît le gonflement de l'articulation, et l'on a l'aspect général de la tumeur blanche.

On est tout d'abord frappé du volume considérable de l'articulation ; cette dernière, en effet, peut acquérir un volume deux et même trois fois supérieur au volume normal. Ce gonflement paraît d'autant plus saillant que les muscles qui sont situés au-dessus et au dessous sont souvent très atrophiés.

Les téguments qui recouvrent cette tuméfaction ont conservé leur intégrité ; ils ne sont ni rouges, ni chauds, ni empâtés, ni ordémateux. La température du membre affecté n'est pas supérieure à celle du membre sain ; au contraire il y aurait plutôt une sensation de refroidissement. Parfois, le réseau veineux superficiel péri-articulaire présente un développement plus ou moins notable, mais cette dilatation veineuse est loin d'être aussi apparente que dans l'arthropathie tuberculeuse,

la peau n'ayant subi aucune modification pathologique.

Si, par la palpation, on cherche à se rendre compte de la nature du gonflement articulaire, on éprouve la sensation d'une résistance absolument solide, dure ; une sensation de *dureté osseuse*, presque immédiatement *sous-cutanée* ; en somme l'on constate que l'on a affaire à une véritable hyperostose des extrémités articulaires. On acquiert de même la certitude que l'hyperostose constitue à elle seule la tuméfaction, qu'il n'existe aucune trace ni de fongosités mollasses, se déprimant sous le doigt, ni d'induration de la synoviale, ni d'épaississement des tissus périarticulaires.

Par une exploration plus minutieuse, on peut également s'assurer que l'hypertrophie osseuse est parfaitement lisse, unie, sans saillies, sans rugosités appréciables dans toute sa masse, et que cet accroissement s'est fait d'une façon régulière.

Si nous ajoutons que cette tumeur est absolument indolente, que la pression ne provoque pas de douleurs, ou que s'il en existe parfois de spontanées, elles sont du genre de celles qui accompagnent d'ordinaire les affections osseuses syphilitiques, nous avons donné de la pseudo-tumeur blanche syphilitique, à cette période d'état, une description aussi complète que possible.

Et comme conséquence, il nous faut noter ceci : que l'articulation atteinte exécute tous les mouvements qui lui sont propres, peut être avec un peu de gêne et un peu moins d'amplitude ; et que s'ils se produisent avec quelques craquements articulaires ils ne sont que très rarement douloureux.

Dans une seconde période, lorsque la pseudo-tumeur blanche syphilitique a acquis un développement plus considérable, on trouve à la palpation des points mous, fluctuants, dus à un liquide épanché dans l'articulation. Cette sensation de mollesse, due à une hydarthrose chronique, conséquence fatale des progrès de l'affection osseuse, ne doit être envisagée que comme une complication de la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

En présence d'une tuméfaction aussi considérable on serait tenté de croire le membre réduit à l'impuissance ; il n'en est rien. En effet, de même qu'à la période précédente, les mouvements sont presque entièrement conservés. Si cette tumeur est gênante à cause de son volume, si elle rend la marche un peu embarrassée, elle n'entraîne cependant aucune incapacité fonctionnelle de la jointure qu'elle occupe.

La pseudo-tumeur blanche syphilitique évolue sans troubles généraux : pas de fièvre, pas d'amaigrissement, pas de tendance à la suppuration et, partant, pas d'épuisement cachectique, quelle que soit la période à laquelle on l'observe.

En somme, nous pouvons déduire de tout ce qui précède que ce que nous appelons « pseudo-tumeur blanche syphilitique » n'est rien autre qu'une hyperostose épiphysaire massive, retentissant sur la jointure à la façon de la plupart des affections épiphysaires, et se compliquant d'un certain degré de synovite ou de périarthrite.

Il nous reste à ajouter que cette variété de lésions a des sièges qu'elle affecte avec une préférence mar-

quée. Comme manifestation de la syphilis héréditaire tardive, c'est au genou qu'on l'observe le plus souvent, puis ensuite, mais plus rarement, au coude, à la hanche et à l'articulation tibio-tarsienne ce que confirment les observations qui suivent.

Observation II (résumée).

(In thèse^o de DUREUIL).

Syphilis héréditaire. — Hyperostose du tibia droit. — Pseudotumeur blanche syphilitique du genou gauche. — H, d'arthrose consécutive.

O... Léon, 11 ans, soigné en 1880 dans le service de M. le professeur Fournier, hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas. Entré le 25 février 1880. Bonne santé antérieure, n'a jamais fait aucune maladie et n'est porteur d'aucune manifestation scrofuleuse.

Sa mère raconte qu'à l'âge de six semaines, cet enfant qui, jusqu'alors, avait été très beau et très vigoureux, se mit à dépérir et fut pris de diarrhée. Elle constata, avec grande inquiétude, des ulcérations périnéales qui résistèrent pendant un certain temps à tous les soins. D'après les détails donnés par cette femme, on peut penser qu'il s'agit là d'une manifestation syphilitique, sans cependant être en droit de l'affirmer positivement. « M. Bouchut le traita pendant quelque temps avec une cuillerée à café d'une eau claire et salée », dit la femme qui ne put donner d'autres détails. Quoi qu'il en soit, au bout de quelques jours l'enfant reprend la santé et l'embonpoint. Aujourd'hui c'est un enfant vif, intelligent, n'ayant jamais été malade depuis les premiers accidents que nous venons de citer et n'offrant pas le moins du monde l'aspect d'un scrofuleux. La santé était bonne, malgré la nourriture souvent insuffisante,

lorsqu'il y a deux ans, jouant avec des camarades, il reçut, à ce qu'il raconte, un coup peu violent sur la partie supérieure de la jambe droite. Ce coup marqua le début de l'affection osseuse qu'il porte à la jambe droite. La jambe devint rouge, enflée ; l'enfant cacha son état, de crainte d'une correction. Le volume du tibia augmenta pendant un an et alors l'enfant se décida à le montrer à sa mère, car alors existaient à la surface de la tuméfaction osseuse trois plaies dont la souffrance l'obligèrent à se plaindre. Les soins médicaux guérissent ces plaies, sauf à la partie supérieure, où il resta un point qui ne pouvait se cicatriser. Cette petite plaie fut le point de départ d'une ulcération que l'on voit encore aujourd'hui et qui n'eut jamais d'autres caractères.

Il y a six semaines il constata, sans pouvoir se l'expliquer autrement que par la fatigue, n'ayant reçu aucun coup, que son genou gauche, qu'il avait remarqué être volumineux depuis quelque temps, venait d'augmenter considérablement de volume dans un laps de temps assez restreint. Comme il ne souffrait pas, que ses jeux n'étaient pas interrompus, il aurait gardé le silence si l'ulcération de la jambe droite, par la douleur qu'elle lui occasionnait, ne l'avait obligé à parler. Cette augmentation de volume était due à un épanchement articulaire. Le malade resta six semaines sans traitement.

Du côté du membre gauche, on constate que l'articulation du genou est volumineuse et que cette augmentation qui atteint le fémur et le tibia à leurs extrémités donne à la jointure un aspect caractéristique ; malgré cela, la peau est parfaitement intacte dans toute son étendue. En mesurant les dimensions de la tumeur, le membre étant dans l'extension complète, on trouve : pour le diamètre médio-rotulien, 30 centimètres ; sous-

rotulien, 26 ; sus-rotulien, 27. Si l'on cherche à se rendre compte des causes de cette augmentation considérable, l'on constate qu'elle tient, d'une part, à ce que l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont tuméfiées ; que cette tuméfaction qui est absolument lisse, sans rugosité aucune, tout d'une venue, en un mot, donne au toucher absolument la sensation d'une résistance osseuse ; il n'y a pas de doute possible, on est en présence d'une hyperostose des extrémités tibiale et fémorale. L'hyperostose tibiale a une longueur de 7 centimètres ; la fémorale mesure 6 centimètres. C'est surtout sur les condyles internes tibiaux et fémoraux que cette hyperostose est très manifeste. Ils sont, d'une façon très évidente, plus volumineux que les condyles externes qui, d'ailleurs, sont plus volumineux qu'à l'état normal. L'augmentation de volume de l'articulation dans sa masse tient, d'autre part, à la présence d'un épanchement articulaire. Cette hydarthrose qui, comme nous l'avons dit, remonte à six semaines et qui est, par suite, consécutive à l'hyperostose des extrémités articulaires, n'est plus, aujourd'hui, aussi considérable qu'elle l'était à cette époque. Lorsque le membre est dans l'extension complète, la rotule qui, d'ailleurs, a conservé son volume normal et sa mobilité, est éloignée des condyles fémoraux d'un peu moins d'un centimètre. Malgré cela, l'épanchement intra-articulaire est très nettement sensible. On ne constate pas, dans toute la tumeur, la moindre trace de fongosités. *La synoviale et les tissus péri-articulaires ne sont ni épaissis, ni indurés*, l'exploration ne provoque aucune douleur dans toute l'étendue de la masse morbide.

Les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Le malade, depuis les débuts des premiers symptômes, s'est toujours servi de son membre comme s'il était sain ; il boite

cependant un peu ; mais il est capable de supporter une longue course, car il est venu à pied de Levallois-Perret à Saint-Louis.

Après l'examen des lésions qui viennent d'être décrites, cette arthropathie ne peut avoir qu'une origine syphilitique. En outre de l'histoire complète de cette pseudo-tumeur blanche, il est manifeste que la question d'hérédité syphilitique s'impose (la syphilis venait de la grand'mère).

TRAITEMENT. — Iodure de potassium, 1 gramme par jour ; emplâtre de Vigo sur l'ulcération de la jambe droite.

Le 29 février. — Après quatre jours de traitement et de repos, la pseudo-tumeur avait diminué de près d'un centimètre dans chacun de ses diamètres médio, sus et sous-rotulien.

3 mars. — Le diamètre médio-rotulien ne donne plus, à la mensuration, que 29 centimètres, sus-rotulien 26, et sous-rotulien 25.

Le 16. — La tumeur a diminué d'un centimètre dans ses trois diamètres, le médio-rotulien ne mesure plus que 27 centimètres. L'hydarthrose a diminué considérablement ; le diamètre sus-rotulien mesure 25 centimètres, et le diamètre sous-rotulien 24.

M. le professeur Fournier prescrit l'iodure de potassium à dose de 1 gr. 50.

Observation III (résumée).

(In Thèse de DUREUIL).

Pseudo-tumeur blanche syphilitique héréditaire de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Gustave M., garçon boucher, 14 ans. Se présente le 20 mars 1880 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Point de scro-

fule. Point de traumatisme. Syphilis héréditaire. La mère, âgée de 40 ans, s'est toujours bien portée et n'a jamais eu rien sur elle de syphilitique. Mais cette femme eut, dans les premières années de son mariage, deux fausses couches de huit mois, et deux enfants morts. Puis deux autres enfants qui, quoique se portant bien en apparence, furent emportés subitement en très bas âge d'affections inconnues. Enfin, plus tard, elle eut trois enfants qui se portent bien, sauf celui qui nous occupe ici.

Le père reconnaît avoir eu sur la verge, quelque temps avant son mariage, un bouton qui, d'après les renseignements qu'il donne, ne peut être qu'un chancre syphilitique. Il ne l'a pas soigné depuis cette époque, et dit n'avoir jamais été malade.

Dans le courant du mois de janvier dernier, l'enfant qui nous occupe, ressentit, dans la partie inférieure de la jambe gauche, des douleurs qui augmentaient de violence la nuit, et lui causaient des insomnies très pénibles.

Il déclare qu'il n'a jamais eu d'entorse, et que les parties dont il souffre n'ont jamais été contusionnées; aussi croit-il que les souffrances ont été causées par les fatigues de son état qui l'oblige à se tenir constamment debout.

Malgré cela, il n'a jamais cessé son travail. Peu à peu, dit-il, il a vu son pied et le bas de sa jambe grossir, et au bout d'un mois acquérir le volume que l'on constate aujourd'hui.

Un médecin consulté crut voir là une manifestation scrofuleuse et conseilla l'huile de foie de morue. Cette médication continuée jusqu'à ce jour n'a produit aucun effet.

ETAT ACTUEL. — L'articulation tibio-tarsienne gauche est plus volumineuse qu'à l'état normal. La peau de la région est parfaitement intacte. A la palpation on constate que le tibia, dans les 8 ou 10 centimètres inférieurs, a acquis une augmenta-

tion assez notable de volume qui a son maximum au niveau de la malléole, interne. Le pied au niveau de l'articulation est plus volumineux que le pied sain.

La mensuration a donné les résultats suivants :

Jambe malade. — Le ruban métrique passant par le milieu de la malléole interne donne 21 centimètres.

Jambe normale. — Au même point 18 centimètres.

Le pied mesuré dans son épaisseur, le ruban métrique passant un peu obliquement d'avant en arrière au-devant des deux malléoles, a donné du côté malade 27 centimètres, et du côté sain 25 centimètres. Par l'exploration, il est facile de s'assurer que les os sont augmentés de volume et que l'on est en présence d'une hyperostose occupant la partie inférieure du tibia et les surfaces articulaires.

Toute la tuméfaction est complètement dure, osseuse ; on ne constate la présence d'aucune fongosité. *L'indolence* est absolue, les mouvements de l'articulation sont entièrement libres. Pas d'épanchement intra-articulaire, pas de craquements.

Le malade n'a jamais cessé de marcher depuis le début des accidents, et s'est rendu à pied de chez lui à l'hôpital.

TRAITEMENT. — Iodure de potassium, 1 gramme.

23 mars. — Après quatre jours de traitement et de repos, la tumeur a diminué de près de 1 centimètre dans les diamètres énumérés plus haut.

31 mars. — L'amélioration est très sensible. La diminution est de 1 centimètre $1/2$.

Même traitement.

Observation IV (résumée).

(In thèse de DUREUIL).

**Syphilis héréditaire. Pseudo-tumeur blanche syphilitique
du coude gauche.**

O... (Louis), âgé de 3 ans, est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 3 avril 1880.

Pas d'antécédents syphilitiques. La mère, âgée de 28 ans, mariée depuis 7 ans, dit n'avoir jamais eu aucune maladie, mais dans les deux premières années de son mariage, elle eut deux fausses couches, l'une de trois mois et l'autre de quatre. Bonne santé habituelle. Le père de l'enfant, cordonnier, 35 ans, ne croit pas avoir eu la syphilis ; cependant il reconnaît qu'étant soldat, il a eu à la verge des plaies qui, après avoir duré un certain temps, se sont guéries d'elles-mêmes. Il n'a jamais suivi de traitement spécifique. L'enfant a toujours été souffrant, chagrin, a peu d'appétit, n'a pas l'aspect d'un scrofuleux et n'est porteur d'aucune manifestation de scrofule. Il souffrait depuis quelque temps de son coude gauche, lorsqu'il y a six semaines, celui-ci commença à augmenter de volume et n'a pas jusqu'à présent cessé de s'accroître. Le coude gauche, aujourd'hui, a un volume manifestement supérieur au coude droit. Par la palpation, il est facile de reconnaître que l'extrémité inférieure de l'humérus et les extrémités supérieures du radius et du cubitus sont augmentées sur une longueur de 4 centimètres pour l'humérus et de 5 pour le radius et le cubitus. Le ruban métrique donne un peu au-dessus du pli articulaire 15 centimètres de circonférence et le bras droit a seulement 14. Au dessous du

pli articulaire 17 centimètres pour le bras malade, 14 pour le bras sain.

La main qui explore cette tumeur perçoit la sensation d'une résistance absolument dure, osseuse ; pas d'empâtement, pas de fluctuation, la peau est intacte. L'examen ne provoque pas de douleur. *Les mouvements de l'articulation sont entièrement conservés.* Pas de lésions appréciables des milieux articulaires.

TRAITEMENT. — M. le professeur Fournier prescrit l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes par jour.

Observation V

Extraite de la « REVUE D'ORTHOPÉDIE 1897 ». Article de MM. KIRMISSON et JACOBSON sur les arthropathies dans la syphilis héréditaire.

Arthropathie hérédo-syphilitique de la Hanche.

L'enfant André Q..., âgé de 27 mois, nous est amené à la consultation des Enfants Assistés le 4 février 1896 : il boite légèrement et porte son membre inférieur gauche dans l'abduction : le bassin est abaissé du même côté. Légère inflexion du tibia à convexité externe. Pas de symptômes évidents du côté de l'articulation coxo-fémorale : cependant on pense à une coxalgie.

Le diagnostic est réservé.

27 avril 1896. — L'enfant est revu. L'idée d'une coxalgie se confirme. Mais on reconnaît qu'il s'agit d'une coxalgie très spéciale : il existe un gros empâtement au côté externe de la racine de la cuisse : on fait dans cette région une ponction exploratrice qui ne ramène rien. Application d'un appareil plâtré.

Du 27 avril au 17 octobre. — Le membre reste dans le plâtre.

17 octobre 1896. — L'enfant est revu. Nous sommes frappés par l'augmentation énorme de l'extrémité supérieure du fémur, coïncidant avec la conservation de mouvements très étendus.

Il n'y a pas d'attitude vicieuse du membre et presque pas de douleur.

Nous remarquons encore que l'enfant présente sur l'abdomen une éruption de petites plaques circulaires ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ, légèrement surélevées, de coloration un peu cuivrée et recouvertes d'un enduit plâtreux peu épais. Cette éruption ne siège que sur l'abdomen. Il n'y a rien aux coudes ni aux genoux. Ces papules guérissent spontanément et laissent une macule fortement pigmentée qui blanchit, puis disparaît complètement.

Il existe encore sur la langue une glossite desquamative marginée des plus nettes.

Le malade a été montré à M. le Dr Du Castel, qui tout en pensant qu'il s'agissait plutôt d'une éruption non syphilitique, a conseillé cependant d'essayer le traitement antisiphilitique.

20 octobre. — L'enfant est endormi par le chloroforme et examiné avec soin. On trouve, immédiatement au-dessous du grand trochanter, une double tumeur osseuse, l'une à la face antérieure, l'autre à la face postérieure du fémur.

L'articulation elle-même ne semble pas malade. Les mouvements sont conservés dans une très grande étendue et très peu douloureux.

Il n'existe pas de contracture des muscles péri-articulaires, pas d'attitude vicieuse permanente. Tout, en un mot, donne l'impression d'une affection juxta-articulaire plutôt qu'articulaire.

Les parents de l'enfant ont été examinés.

La mère est parfaitement bien portante et n'a aucun antécédent suspect.

Le père, bien portant aujourd'hui, a eu à l'âge de 24 ans, un chancre unique : pas de bubon, pas de roséole, pas de chute de cheveux ; mais à plusieurs reprises il a eu des plaques muqueuses dans la bouche. Ces plaques, montrées à un médecin, ont été soignées par l'iodure de potassium et la liqueur de Van Swieten.

L'enfant est mis au traitement par l'iodure et les frictions mercurielles : on ne le soumet à aucune immobilisation ; il marche à volonté.

10 novembre 1896. — L'enfant est revu. Il existe toujours une augmentation de volume assez considérable de l'extrémité supérieure du fémur avec intégrité de tous les mouvements de l'articulation, indolence absolue, absence de contracture. L'enfant marche avec une légère claudication.

TRAITEMENT. — Sirop de Gibert. Emplâtre de Vigo.

17 décembre 1896. — Le gonflement de l'extrémité fémorale a notablement diminué. L'enfant marche sans douleur et presque sans claudication. L'éruption abdominale a continué à évoluer, les anciens placards ont disparu, mais il en est apparu de nouveaux. On continue le traitement.

30 janvier 1897. — Les tuméfactions osseuses ont complètement disparu. Les mouvements articulaires sont complets. Il ne persiste qu'un peu d'épaississement de l'extrémité supérieure du fémur au niveau de l'articulation. L'éruption abdominale a aussi disparu complètement. Le traitement est supprimé.

Tout récemment, nous avons reçu une lettre des parents de cet enfant qui ont quitté la France : ils nous annoncent que la guérison a persisté.

Observation VI

Extraite de la REVUE D'ORTHOPÉDIE 1897. Article de MM. KIR-MISSON et JACOBSON sur les athropathies dans la syphilis héréditaire.

Arthropathie hérédo-syphilitique du genou gauche.

L'enfant Charles L..., âgé de 4 ans et demi, nous est amené le 17 septembre 1896 à la consultation de l'hospice des Enfants-Assistés pour un gonflement du genou gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu la syphilis il y a cinq ou six ans, à l'âge de 26 ans. Il a eu un chancre, la roséole, des plaques muqueuses, des clous(?) et il y a deux ans, sur la verge, une syphilide chancriforme. Il s'est soigné par le protoiodure et le sirop de Gibert pendant deux ans.

Actuellement, il présente une glossite syphilitique typique (langue parquetée) avec leucoplasie buccale. C'est un grand fumeur. Il boit environ 3 litres de vin par jour, mais pas d'alcool et présente quelques signes d'éthylisme.

La mère n'a pas eu d'accidents pouvant être rapportés à la syphilis. Elle a eu cinq enfants :

1^{er} enfant. — Garçon. Mort-né au septième mois de la grossesse.

2^e enfant. — Garçon. Agé actuellement de 10 ans 1/2, atteint d'otite chronique suppurée.

3^e enfant. — Fille. Morte à l'âge de 6 mois, avec des éruptions sur tout le corps.

1^{er} enfant. — Fille. Agée actuellement de 6 ans. A eu il y a deux ans une grosseur à l'anus, traitée avec succès par le sirop de Gibert et l'iodure.

5^e enfant. — Est notre malade.

Cet enfant, à l'âge de 18 mois, a été montré à M. le professeur Hutinel, pour une éruption généralisée. M. Hutinel a ordonné des frictions mercurielles qui ont rapidement amené la guérison. Depuis l'enfant s'est toujours bien porté.

L'affection actuelle du genou a débuté sans cause connue en décembre 1895. C'est le matin, en levant l'enfant, que la mère a remarqué par hasard que le genou était gros. L'enfant ne s'en était pas plaint. On conduisit l'enfant dans un hôpital où on lui appliqua des pointes de feu, puis un appareil plâtré qu'il garda dix-huit jours sans résultat aucun.

Mais comme l'affection n'était pas douloureuse, on ne s'en préoccupa pas davantage et l'enfant ne suivit pas d'autre traitement. L'affection persistait avec des alternatives de mieux et de pis. Il n'y a pas eu de douleurs, mais seulement assez souvent une sensation de fatigue.

Enfin le 17 septembre 1896, un an après le début du mal, on nous amène le petit malade.

Etat actuel. — Le genou gauche est augmenté de volume dans son ensemble. L'exploration de l'articulation montre qu'elle renferme une quantité modérée de liquide. Il n'y a pas de fongosités. Ce qui nous frappe surtout, c'est l'indolence lors des mouvements passifs et la conservation intégrale de ces mouvements. Pas d'attitude vicieuse du membre. Léger degré de genu valgum.

L'extrémité supérieure du tibia est très augmentée de volume,

surtout son condyle interne qui fait une forte saillie à la face interne du membre. L'enfant boite légèrement.

Il n'a jamais eu de douleurs dans son genou malade.

On voit au pourtour de l'anus quelques cicatrices blanches déprimées.

DIAGNOSTIC. — Ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique.

TRAITEMENT. — Frictions mercurielles et iodure de potassium.

1^{er} octobre 1896. — L'enfant est revu. Le gonflement du genou a diminué et on peut percevoir au côté externe du cul-de-sac sous-tricipital un nodule dur, de la grosseur d'un haricot, siégeant à la hauteur du point de réflexion de la synoviale.

15 octobre. — Même état, mais on ne retrouve plus la petite tumeur constatée le 1^{er} octobre.

29 octobre. — L'enfant peut être considéré comme guéri. Il marche sans boiter. Son genou ne le fait pas du tout souffrir.

12 novembre. — La guérison est complète. Le traitement est supprimé.

10 décembre. — L'enfant nous est ramené parce que son genou est de nouveau légèrement gonflé. Il ne boite pas, mais il a un peu d'épanchement dans son genou. Reprise du traitement.

24 décembre. — L'épanchement a diminué manifestement.

29 janvier 1897. — La guérison est complète. Le traitement est interrompu. Nous avons depuis lors pris à plusieurs reprises des nouvelles de l'enfant. La guérison s'est maintenue.

Observation VII

*Recueillie dans le service de M. le Professeur GRANCHER.
(Hôpital des Enfants-Malades).*

Syphilis héréditaire tardive : Kératite interstitielle. Double ostéo-arthropathie du genou. Guérison.

André D..., âgé de 7 ans, entre le 14 janvier 1903, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Bouchut, lit n° 3, dans le service de M. le professeur Grancher.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Les parents sont bien portants ; malgré un interrogatoire minutieux nous n'avons pu trouver d'antécédents spécifiques du côté du père ; quant à la mère, elle n'a jamais non plus présenté d'accidents suspects ; elle n'a pas fait de fausses couches, mais a perdu deux autres enfants en bas âge ; l'un est mort à seize mois, en nourrice, de méningite (?) ; l'autre, né avant terme, à huit mois, n'a vécu qu'un mois.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — L'enfant actuel est né à terme et bien constitué. Rien de particulier n'a marqué sa première enfance ; la mère nous dit bien qu'il a eu un « rhume » peu après sa naissance, mais il s'agit très probablement d'un simple coryza qui a guéri rapidement et spontanément. L'enfant a été nourri au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois ; il a marché tard, à vingt mois seulement. Rougeole à trois ans et demi ; c'est la seule maladie qu'il ait eue.

ÉTAT ACTUEL. — L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a deux mois environ. Les parents ont d'abord remarqué des troubles du côté des dents, troubles qui paraissent tenir simplement à l'évolution pénible de la seconde denti-

tion ; il y a eu à ce moment de la gingivite avec adénite sous-maxillaire. A peu près à la même époque, l'œil droit devient rouge et larmoyant : bientôt l'enfant ne peut plus l'ouvrir et la vue s'affaiblit, malgré les différents traitements institués (lavages à l'eau boricuée ; pommade au précipité jaune ; collyre à l'atropine) ; l'œil gauche n'est pris que depuis quelques jours.

Très peu de temps après l'apparition des symptômes oculaires surviennent des modifications importantes du côté des genoux ; ce sont d'abord des douleurs au moment où l'enfant se redresse, puis peu à peu, et cela surtout depuis trois semaines, les souffrances augmentent, les jointures deviennent raides, se déforment, et bientôt le petit malade ne peut plus marcher ; il arrive tout au plus à se traîner péniblement. C'est alors que l'enfant nous est envoyé.

L'enfant entre dans le service de M. le professeur Grancher le 14 janvier, amené ou plutôt apporté par son père, car c'est à peine s'il peut faire quelques petits pas. Lorsqu'il est debout, on voit qu'il porte le poids du corps sur la jambe gauche, tandis que la droite, à demi fléchie, ne touche le sol que par la pointe du pied ; si on cherche à l'étendre, on provoque de la douleur ; il s'agit d'une attitude vicieuse qui ne disparaît pas par le décubitus dorsal. Quand on examine le petit malade étendu sur un lit et dévêtu, voilà ce qu'on constate : les deux genoux sont déformés, mais pas au même degré, le droit plus que le gauche ; ils sont le siège d'une augmentation de volume qui leur donne une apparence globuleuse et cet aspect accentué par l'atrophie musculaire rappelle absolument, pour le genou droit, la déformation caractéristique de la tumeur blanche tuberculeuse.

La palpation permet immédiatement de se rendre compte

que l'aspect des jointures tient surtout à l'augmentation de volume des extrémités osseuses, principalement à l'hypertrophie des condyles internes fémoraux et à un moindre degré des plateaux des tibias. Mais, en outre, il y a de l'hydarthrose; le choc rotulien est net des deux côtés, surtout marqué à droite. De plus, de ce même côté, le cul-de-sac sous-tricipital est manifestement empâté et la palpation en est douloureuse surtout en dehors. Les mouvements réveillent de la douleur principalement à droite; l'extension complète de la jambe sur la cuisse est limitée par la contracture des fléchisseurs qui maintiennent d'une façon permanente le membre inférieur en demi-flexion.

Du côté gauche, au contraire, les mouvements ne sont pas douloureux.

En dehors de ces manifestations articulaires limitées aux genoux, l'attention est attirée chez le jeune malade par l'état des yeux. Ils sont le siège en effet d'un larmoiement et d'une photophobie très marqués qui en rendent l'examen difficile; cependant nous arrivons à nous rendre compte que du côté droit la cornée est le siège d'une infiltration diffuse avec injection vive des vaisseaux au niveau du limbe; que d'autre part notre malade ne distingue pour ainsi dire pas les objets avec cet œil et qu'il ne voit qu'un brouillard. Du côté gauche, il y a aussi opacité de la cornée, mais légère, avec injection périkeratique; la vision est peu modifiée. En somme, double kératite interstitielle, très prononcée à droite.

C'est là le diagnostic porté par M. Roche, médecin oculiste du service; ajoutons que l'examen à l'éclairage oblique a permis de constater l'absence de synéchies. La présence d'un stigmatisme aussi important de syphilis héréditaire chez notre petit malade nous imposait une recherche minutieuse des autres signes.

Du côté de la bouche, nous trouvons bien des dents en mauvais état, mal plantées, cannelées, mais il n'y a pas de véritables dents d'Hutchinson : d'ailleurs la seconde dentition n'est pas encore terminée. Il n'existe rien d'anormal du côté des oreilles, ni du nez, rien non plus du côté du squelette, ni du côté des testicules. Les viscères sont sains, en particulier le foie et la rate. L'aspect général de l'enfant est celui d'un sujet normal du même âge : l'intelligence est bien développée.

Le diagnostic porté est : double ostéoarthropathie hérédosyphilitique. Le traitement consiste en frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur. Le membre droit est placé dans une gouttière ouatée et de l'emplâtre de Vigo appliqué au niveau du genou. Ce traitement a été continué pendant quinze jours, mais sans amener de modifications sensibles ni du côté des jointures ni du côté des yeux : en particulier les mouvements du genou droit restent toujours limités et douloureux.

Devant cet échec nous songeons à employer une médication plus énergique et nous décidons de commencer une série d'injections intra-musculaires de bi-iodure de mercure obtenu en solution aqueuse par l'addition d'une petite quantité d'iodure de potassium.

Déjà au bout de quatre ou cinq de ces injections, l'action thérapeutique se manifestait par la disparition des douleurs ; bientôt les mouvements devenaient plus faciles du côté droit et l'hydarthrose diminuait pour disparaître presque complètement. Parallèlement l'infiltration kératique se résorbait peu à peu, la vision si compromise de l'œil droit se rétablissait et le 27 mars 1903, après environ 35 injections de 4 milligrammes de bi-iodure d'hydrargyre suspendues seulement pendant quelques jours à

cause d'une légère salivation, le petit malade est dans l'état suivant : il ne souffre plus des genoux qui ont recouvré tous leurs mouvements ; il peut marcher à peu près comme auparavant ; les articulations ont diminué de volume grâce surtout à la disparition de l'hydarthrose, car il persiste encore de l'hyperostose des épiphyses fémoro-tibiales, plus lente à disparaître ; du côté des yeux ; l'œil gauche est normal ; l'œil droit est très amélioré ; la cornée presque entièrement désinfiltrée et la vision à peu près rétablie.

15 février 1904. — L'enfant nous a été, sur notre demande, amené par ses parents, et nous avons pu constater que la guérison s'était maintenue tant du côté des articulations que du côté des yeux.

IV. — **Arthropathie déformante.**

Cette quatrième et dernière variété fut étudiée la première fois et ainsi dénommée par Méricamp, depuis elle l'a été à nouveau par Lannelongue et Danjou. M. Fournier après avoir fait remarquer que le nom donné à cette variété d'arthropathie est loin d'être parfait, s'exprime ainsi : « Ce qui se produit ici, ce n'est plus, comme dans la pseudo-tumeur blanche, une hyperostose massive, qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là natu-

rellement, des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration. Ces ostéophytes peuvent constituer des obstacles matériels à l'exercice des mouvements. D'autre part, ils ne laissent pas de réagir sur la synoviale, les cartilages, les ligaments et de créer des lésions secondaires dont l'anatomie pathologique est encore indéterminée. Toujours est-il, que d'une façon ou d'une autre, ces arthropathies déformantes deviennent en nombre de cas l'origine de troubles fonctionnels importants, à savoir : craquements articulaires, difficultés et limitations de certains mouvements, attitudes vicieuses, parfois même ankylose dans une attitude normale ou anormale. Quelquefois elles entraînent *une atrophie musculaire localisée, et un arrêt de croissance*, »

L'évolution de l'arthropathie déformante se réduit à deux périodes fondamentales. La première période est tout entière occupée par le développement de l'hyperostose ; ce développement peut se faire sous deux formes principales : une forme subaiguë dont la durée varie habituellement entre trois et cinq mois ; une forme chronique a durée presque indéterminée. Au développement de l'hyperostose est lié le symptôme douleur qui cesse d'ordinaire avec le développement complet.

La seconde période se caractérise par l'apparition des lésions secondaires que nous avons signalées plus haut.

La première observation de cette variété est due à Duménil, de Rouen, et est rapportée par Gressent, en

1874, dans sa thèse. Nous ne la citerons pas, car l'arthropathie déformante du coude qui en fait l'objet, étant congénitale puisque la mère dit « qu'elle s'en est aperçue quelques jours après la naissance » ne répond pas à notre sujet.

Nous rapportons la belle observation de Méricamp qui a servi de type pour la description de l'arthropathie déformante, et parmi les observations de Danjou nous avons choisi celle qui se rapprochait le plus de notre sujet.

Observation VIII (résumée).

(In thèse de MÉRICAMP).

Syphilis héréditaire à accidents précoces et à accidents tardifs.
Lésions multiples. Lésions osseuses. Arthropathies multiples avec
arrêt d'accroissement du membre supérieur droit.

D... (Herman-Ernest), âgé de 28 ans, tailleur, entre le 26 mars 1882, à l'hôpital Saint-Louis, n° 18 *bis*, service de M. le professeur Fournier.

Pas d'antécédents vénériens. État général excellent.

Le malade entre à l'hôpital pour une affection déjà ancienne du tibia droit qu'un traumatisme récent a réchauffée; mais le malade est surtout intéressant par des lésions qui, guéries, ont laissé des stigmates irréparables.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — La mère du malade, âgée de 56 ans, est robuste et fortement musclée; elle nie tout antécédent syphilitique, tout accident primitif: jamais d'alopécie, jamais de céphalée, jamais d'éruptions cutanées, etc..., mais la malade a un léger nasonnement et l'examen de la gorge révèle l'ab-

sence de la lnette et d'une partie du voile du palais. Ces accidents pharyngés sont survenus en 1856, soit dix-huit mois après la naissance du malade de Saint-Louis. Ils ne peuvent qu'être mis sur le compte d'une syphilis ignorée.

Huit ans plus tard, en 1864, cette femme est atteinte d'aliénation mentale, et ces troubles cérébraux ont duré huit années. A l'heure actuelle, elle ne peut difficilement donner des renseignements. Elle raconte cependant que son mari légitime était atteint d'une maladie « contagieuse », mais dont la nature n'est pas précisée.

Notre malade n'est pas le fils de l'homme dont il porte le nom et nous n'avons aucun renseignement sur son père ; nous ignorons également s'il est né avant ou après le mariage de sa mère ; ce que nous savons, c'est que sa mère a eu un premier enfant mort-né à huit mois et demi, et, après notre malade, deux autres enfants qui se sont toujours bien portés et n'ont eu aucun accident.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dès l'âge de trois mois, en 1854, par conséquent, D... était atteint d'accidents cutanés. Il fut traité à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, dans le service de Trousseau ; on lui administra des bains de sublimé.

C'était quinze mois après que se développaient chez la mère les accidents graves de la gorge, indiquant chez elle une syphilis déjà avancée.

En 1856, notre malade est atteint d'une affection grave de poitrine, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement.

En 1859, à l'âge de 5 ans, « maladie des os du bras », dit la mère : les deux coudes et l'épaule droite sont pris ; l'affection aurait débuté par l'épaule gauche et se serait cantonnée dans le coude droit ; la guérison aurait demandé huit mois.

En 1861, abcès probable de la jambe (la mère dit furoncle), pour lequel D... est soigné à l'hôpital Sainte-Eugénie ; la même année, accidents oculaires graves, qui ont un instant compromis la vue, et dont il ne reste pas aujourd'hui de trace appréciable.

En 1864, à l'âge de dix ans, survient une affection grave du tibia droit. La jambe gonfle dans sa partie moyenne : du pus s'écoule ; des incisions libératrices sont faites et une ulcération se forme ; à un moment donné, il est même question d'amputation de la jambe ; le malade est envoyé à Berck-sur-Mer, où il séjourne et au bout de quatre années seulement la cicatrisation est obtenue. Impossible de savoir s'il y a eu élimination d'esquilles.

En 1869, à l'âge de quinze ans, de nouveaux accidents surviennent du côté des fosses nasales, de la voûte palatine et de la gorge, et de nouveau le malade repart pour Berck. Deux ans et demi furent nécessaires pour la réparation de ces dernières lésions.

Depuis ce moment, aucun accident de quelque importance n'est survenu. Malgré ses désavantages physiques, D... s'est marié vers l'âge de 22 ans, et il a même un enfant de quatre ans qui jouit d'une bonne santé.

ÉTAT ACTUEL. — Nous ne parlerons que des manifestations articulaires dont notre sujet est porteur, car il est facile de se faire une idée des autres lésions qu'il présente, soit au pharynx, soit au palais, soit aux fosses nasales, etc..., par la description que nous en donnons plus haut.

ARTHROPATHIES. — *Le membre supérieur droit* est surtout remarquable :

1° Par l'arthropathie du coude ;

2^e Par son arrêt d'accroissement.

Le coude est considérablement déformé et, au premier abord, on pourrait songer à une luxation ; il forme, en arrière, une saillie considérable qui déborde notablement le plan postérieur du bras. Cette saillie est cuboïde et surmontée d'une autre saillie plus petite et distincte de la première que l'on voit bien pendant la flexion de l'article. Cette saillie cuboïde n'est nullement formée par l'olécrâne, mais bien par *la tête du radius* ; les dimensions de celle-ci sont considérables, car elle a environ 2 centimètres de largeur, 1 cent. 1/2 de hauteur ; sa forme n'est pas sensiblement altérée et rappelle assez bien, les dimensions exceptées, la tête d'un radius normal.

Elle n'est nullement luxée ou subluxée ; car s'il est facile d'apprécier l'interligne radio-huméral, il est impossible de sentir la cupule radiale. Quant à l'olécrâne, il est à sa place avec ses caractères normaux ; mais telle est la saillie formée par la tête radiale qu'il est pour ainsi dire en retrait et demande à être recherché.

L'extrémité inférieure de l'humérus est, de son côté, manifestement altérée. Il est facile de sentir l'épicondyle et l'épitrochlée ; mais au-dessus de l'épitrochlée, sur le bord interne de l'humérus, est une saillie conoïde plus accentuée que l'épitrochlée, mais qui pourrait en imposer pour elle.

Un peu plus en dedans, au-dessus de la tête radiale, et un peu au-dessus de l'interligne radio-huméral, est une autre saillie osseuse ; elle est moins conoïde que la première, plus large, plus étalée ; elle a environ 1 centimètre de diamètre ; c'est elle qui forme au-dessus du relief radial le second relief que nous avons déjà signalé dans la flexion de l'article.

L'articulation est indolente.

Les mouvements de flexion sont faciles et aussi étendus que possible ; mais lorsqu'on veut pratiquer l'extension, on est brusquement arrêté à environ 160° comme par un clapet.

Le malade tient son membre dans la demi-flexion et dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Cette demi-pronation est *constante, irrémédiable* ; il y a ankylose dans cette position ; tout au plus peut-on faire exécuter quelques mouvements de pivot à la tête radiale, et ces mouvements s'accompagnent de craquements qu'on ne perçoit pas pendant les mouvements de flexion de l'article.

Le membre droit supérieur est remarquable non seulement par l'arthropathie du coude (arthropathie caractérisée par des lésions ostéophytiques gênant les mouvements de l'articulation radio-humérale, respectant au contraire presque complètement l'articulation cubito-humérale), mais aussi par l'insuffisance de développement du membre supérieur tout entier.

Il a manifestement subi un *arrêt d'accroissement*, et sa gracilité contraste avec le volume de l'articulation du coude.

Il est de 6 centimètres plus court que le membre supérieur du côté opposé.

C'est sur le bras surtout qu'a porté l'arrêt, car il est sur ce total pour 4 centimètres $1/2$; l'avant-bras et la main, pour 1 centimètre $1/2$ seulement.

De même, tandis que l'avant-bras a sensiblement la même circonférence que l'avant-bras opposé, l'humérus a une circonférence moindre de 1 centimètre $1/2$. L'atrophie a donc porté sur l'humérus atteint et dans sa longueur et dans son épaisseur. La tête de l'humérus est elle-même atrophiee. De cette atrophie résulte une exagération de la dépression sous-acromiale, dépres-

sion qui pourrait, au premier abord, faire penser à une luxation.

Lorsqu'on fait mouvoir l'articulation de l'épaule, dont tous les mouvements sont libres du reste, et absolument indolents, on provoque des *craquements*. La surface articulaire est donc altérée ; mais ici encore est une lésion ostéophytique ; sur la face externe de la tête humérale est une saillie pyramidale qui soulève le deltoïde et le rend convexe, alors qu'en raison de l'atrophie humérale et de la dépression sous-acromiale consécutive, c'est un méplat qu'on devrait avoir.

La clavicule et l'omoplate sont normaux. Le malade se sert volontiers de son membre, mais il est beaucoup moins vigoureux que le membre supérieur gauche. C'est ainsi que dans le cas de fardeau appliqué sur l'épaule, la clavicule aussitôt s'abaisse et le fardeau glisse ; comme la faute n'en est pas aux muscles éleveurs de l'épaule, ainsi que l'examen direct permet de s'en convaincre, on ne peut incriminer que les muscles fixateurs de l'épaule qui s'insèrent soit sur la tête, soit dans la coulisse bicipitale de l'humérus atrophie.

Le membre supérieur gauche n'est pas absolument intact ; le coude, en effet, a été atteint également ; il est vrai qu'il a tous ses mouvements, qu'il est absolument indolent, qu'on ne provoque pas de craquements, mais il est certainement mal formé. Dans l'extension, le membre supérieur, au lieu de faire un angle obtus ouvert en dehors, fait au contraire un angle obtus en dedans.

A la naissance de l'avant-bras, immédiatement au-dessous de l'épicondyle, est une saillie ; lorsqu'on y regarde de plus près, on voit qu'elle est due à *l'augmentation de volume de la tête radiale* qui est à sa place ; mais l'articulation radio-humérale

jouit de tous ses mouvements, comme dans l'articulation opposée, le cubitus est intact, mais par contre l'humérus ne présente aucune lésion ostéophytique.

Observation IX (résumée).

(In thèse de DANJOU).

Syphilis héréditaire : manifestations diverses. Arthropathies déformantes des coudes et des genoux.

Auguste S..., âgé de 13 ans, se présente à l'hôpital Trousseau, le 18 février 1887, accompagné de sa mère, désireuse de le faire traiter d'accidents attribués jusqu'alors au rhumatisme.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père mort à 37 ans d'un anévrysme de l'aorte (?) Mère bien portante, atteinte actuellement d'une glossite scléro-gommeuse attestant une syphilis de date ancienne mais encore en évolution. Depuis deux ans, elle prend du sirop de Gibert chaque fois que sa langue se tuméfie.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Vers l'âge de 7 ans, rougeole et scarlatine. Pas de signes d'hérédosyphilis jusqu'à 11 ans. A cette époque, l'enfant se plaignit des genoux; il y avait de la douleur et du gonflement. Il lui fallut garder le lit pendant six mois et ces accidents furent attribués au rhumatisme; les douleurs s'apaisèrent, l'enfant se remit à marcher, mais la tuméfaction, au lieu de rester stationnaire, ne fit qu'augmenter. Enfin, il y a trois mois, le coude droit fut pris: ce furent d'abord des douleurs qui apparurent vives et continues, puis les mouvements se limitèrent, l'extension complète devenant impossible, la flexion ne dépassant pas l'angle droit, les muscles du bras s'atrophifièrent et alors le mot d'ankylose ayant été prononcé, l'enfant fut amené à l'hôpital.

ETAT ACTUEL. — 1° *Membre supérieur droit.* — L'articulation du coude proprement dite n'offre pas la moindre trace de lésions : synoviale, capsule, ligaments présentent leur consistance et leur sensibilité normales. Mais il n'en est pas de même du squelette : l'extrémité inférieure de l'humérus, surtout l'épicondyle dans sa portion articulaire, est le siège d'une tuméfaction considérable ; au lieu de cette crête que l'on sent normale du côté gauche, on ne peut délimiter ici qu'une saillie mousse, épaisse d'un pouce de diamètre, oblongue dans le sens du bord de l'os, ressemblant à un cal de consistance normale, lisse à sa surface et se continuant sans limites précises avec les parties voisines, un peu douloureuse seulement à la pression. Rien à l'épitrôchlée ; le cubitus est normal. La cupule du radius est intacte, mais son col est augmenté de volume et tout le tiers supérieur de l'os donne la sensation d'une tuméfaction cylindroïde. Pas le moindre retentissement de ces lésions péri-articulaires sur la cavité articulaire et sur les organes périphériques. Le ganglion sus-épitrôchléen est intact. Les mouvements qui sont encore possibles s'exécutent sans la moindre douleur. Les muscles de l'avant-bras et du bras sont atrophiés.

L'épaule, le poignet et la main sont intacts.

2° *Membre supérieur gauche.* — Le squelette n'offre rien de particulier à signaler : pas de gêne fonctionnelle, pas de déformation apparente, un peu de maigreur de l'avant-bras et du bras ; mais l'épaule est atteinte au même degré et de la même façon que le coude droit et les deux genoux ; le bord axillaire de l'omoplate est empâté, épais, et il est facile de s'assurer que l'hyperostose se prolonge presque dans la fosse sous-scapulaire. De plus, la pression détermine une très légère douleur.

3° *Membre inférieur droit.* — Fémur normal. Sur le tibia,

légère hyperostose de l'épiphyse supérieure plus accentuée au niveau de la tubérosité interne ; la diaphyse, légèrement bombée, est le siège d'inégalités mamillaires.

4° *Membre inférieur gauche.* — Epaissement fusiforme de tout le tiers inférieur du fémur, sorte de boursouffure circulaire à surface chagrinée à laquelle adhère la masse musculaire. A ce niveau, la pression détermine de la douleur. L'épiphyse supérieure du tibia est complètement transformée par l'hyperostose : c'est un gonflement général, quoique prédominant du côté interne, arrondissant les angles, soulevant les faces, empâtant toute saillie naturelle, rendant cette extrémité massive et informe, d'aspect cagneux, absolument méconnaissable. La diaphyse est atteinte, bien peu, relativement à l'épiphyse supérieure. Malgré les lésions de cette épiphyse supérieure, l'articulation du genou est absolument respectée ; tous les mouvements sont faciles et s'exécutent complètement ; pas d'hydarthrose, pas de craquements.

Le sujet est porteur d'autres manifestations d'hérédosyphilis ; il présente de l'asymétrie crânienne et de l'asymétrie des maxillaires. Les dents sont irrégulièrement implantées ; les incisives sont crénelées sur leur bord libre, les molaires en parties cariées. Rien aux yeux, nez et oreilles.

Le 19 février. — Le malade a été soumis au traitement spécifique par l'iodure de potassium, et les injections de calomel, en moins de huit jours la détente s'est produite. Les hyperostoses ont diminué, les mouvements du coude ont récupéré presque leur entière amplitude, au bout de quinze jours de traitement.

VI

DIAGNOSTIC

Le petit nombre d'observations probantes, connues aujourd'hui, des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive nous est un sûr garant de la difficulté de leur diagnostic.

C'est qu'en effet, avant de poser le diagnostic certain de l'une quelconque de ces variétés de formes que nous avons décrites, il y a des recherches à faire du côté de l'hérédité spécifique, qui, si elles sont assez souvent fructueuses, restent malheureusement parfois sans résultat.

Il nous sera facile, par exemple, de diagnostiquer manifestation hérédo-syphilitique tardive une tuméfaction du genou chez un sujet porteur d'autres manifestations du même ordre, et dont l'un des parents, les deux parfois, avoueront la syphilis.

Il nous sera encore facile de la soupçonner, par exemple, chez un enfant atteint d'arthralgie, ne présentant aucune autre manifestation hérédo-syphilitique tardive, mais dont la mère aura eu de nombreuses fausses couches.

Mais où la difficulté sera plus grande, où le praticien devra faire appel à ses connaissances cliniques, c'est lorsque, appelé auprès d'un sujet porteur d'une de ces formes articulaires tardives, il ne pourra recueillir aucun renseignement sur son hérédité spécifique et que son examen ne lui révélera que d'autres manifestations plus ou moins douteuses de la même diathèse.

Par conséquent, nous avons donc raison d'insister sur cette réelle difficulté de diagnostic, et sans craindre de nous répéter, nous disons : qu'en présence d'un de ces accidents articulaires qui peuvent éveiller le soupçon de syphilis héréditaire, un premier diagnostic s'impose : celui de la syphilis des parents. Lors donc que cet examen des parents sera possible, il ne faudra jamais le négliger ; il viendra confirmer un diagnostic douteux jusqu'alors et qui aurait pu le rester encore longtemps pour le plus grand préjudice du malade. L'examen du sujet lui-même révélera souvent d'autres manifestations hérédo-syphilitiques et viendra jeter un nouveau poids dans la balance et la faire nettement pencher en faveur de la syphilis héréditaire tardive.

Malheureusement, ces renseignements ne peuvent pas toujours être obtenus et la difficulté réside le plus souvent du côté des parents qui, ou sont morts, ou sont inconnus, ou nient toute syphilis, ou se refusent à tout examen.

Par conséquent, dans ces conditions, le diagnostic présente la plus grande difficulté. Nous tenterons de l'éclaircir en essayant de différencier chacune des formes articulaires que nous avons décrites des lésions

articulaires, d'origine toute autre, avec lesquelles elles peuvent être confondues.

Nous passerons rapidement sur les deux premières variétés : la forme arthralgique et la forme hydarthrose, qui à notre avis doivent plutôt être regardées comme des symptômes et des complications des deux dernières.

La forme arthralgique est parfois confondue avec l'arthralgie blennorrhagique et l'arthralgie du début de l'arthrite déformante. Nous ne citerons que pour mention, les douleurs du début du rhumatisme articulaire aigu.

L'arthralgie blennorrhagique peut d'autant mieux être confondue avec l'arthralgie de la syphilis héréditaire tardive qu'on peut les rencontrer toutes les deux chez le même sujet. Elles ont d'ailleurs des points communs : rien d'anormal dans les jointures, plénitude des mouvements, pas de sensibilité à la pression. Ce qui les différencie surtout, c'est que le moment d'apparition des douleurs n'est pas le même dans les deux affections : dans l'arthralgie blennorrhagique, elles sont plus vives le matin, mais elles peuvent disparaître sous l'influence de la marche ; dans l'arthralgie hérédo-syphilitique tardive c'est la nuit qu'elles apparaissent et sont portées à leur paroxysme, mais pendant leur durée, l'exercice et la marche sont impossibles et à peine tolérés. De plus, alors que cette dernière subit rapidement l'influence du traitement spécifique, l'arthralgie blennorrhagique résiste le plus souvent aux médications les plus variées. Enfin, puisque l'arthralgie blen-

norrhagique peut apparaître à toutes les périodes de cette maladie, la notion d'une gonorrhée antérieure, ou existant encore, viendra aider au diagnostic.

L'arthralgie du début de l'arthrite déformante présente d'abord avec l'arthralgie de la syphilis héréditaire tardive, une différenciation bien nette au point de vue étiologique. Elle se manifeste en effet plus fréquemment à l'âge adulte et dans la vieillesse, alors que la seconde se rencontre surtout, comme le prouvent nos recherches, dans la jeunesse et l'adolescence. Les douleurs de l'arthralgie du début de l'arthrite déformante sont vagues, mal localisées, se manifestent à l'occasion du froid humide, ou d'une fatigue et disparaissent souvent après un peu d'exercice ; elles affectent parfois la forme de douleurs rhumatoïdes et paraissent s'étendre à un ou plusieurs muscles. Elles sont donc bien différentes des douleurs de l'arthralgie de la syphilis héréditaire tardive et n'ont guère que ceci de commun avec elles : qu'elles ne sont ni réveillées, ni accrues par les mouvements communiqués ou par la pression.

Nous avons signalé au cours de notre chapitre de symptomatologie la possibilité de pouvoir confondre la forme arthralgique avec les *douleurs rhumatismales*, ou les *douleurs de croissance*, c'est une erreur de diagnostic, assez fréquente, à laquelle il faudra toujours songer.

La forme hydarthrose, qui est plutôt une complication des deux variétés suivantes, est assez difficile à différencier, vu sa banalité. Elle masque, avons-nous dit,

des tuméfactions osseuses parfois peu volumineuses. Il est certain que, dans ce cas, elle sera facilement confondue avec l'*hydarthrose traumatique*, et que seuls les antécédents héréditaires et surtout le traitement, pourront trancher le différend.

L'hydarthrose de la blennorrhagie, revêtant le plus souvent une allure chronique, et frappant de préférence le genou, peut être aussi rapprochée de l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive ; mais la notion d'une blennorrhagie antérieure ou existant encore, et la constatation de l'intégrité des extrémités osseuses formant l'articulation aideront au diagnostic.

Le diagnostic entre l'hydarthrose hérédo-syphilitique tardive et le *rhumatisme articulaire aigu* ne souffre aucune difficulté à cette période. Si, au début, au moment des douleurs articulaires, on peut être hésitant, dès que l'hydarthrose est constituée, on n'a plus le sujet de l'être. En effet, la fièvre qui monte à 39° rapidement et s'y maintient, avec de faibles oscillations, l'envahissement de plusieurs articulations, l'aspect de la peau qui est marbrée de taches rouges ou qui présente une rougeur diffuse sur le trajet des gaines tendineuses, au niveau des articulations prises : autant de caractères que ne présente point notre forme hydarthrose.

Il nous faut encore citer, pour que notre énumération soit aussi complète que possible, l'hydarthrose tuberculeuse et celle des arthropathies tabétiques. *L'hydarthrose tuberculeuse* peut n'être que la première étape d'une tumeur blanche ; elle se caractérise par un épanchement abondant et intermittent, mais, si les

mouvements sont conservés, si le début est insidieux, sans douleurs, les extrémités osseuses articulaires sont intactes.

Quant à l'*hydarthrose* qui accompagne les *arthropathies tabétiques*, il est assez difficile qu'elle puisse prêter à une erreur de diagnostic, car l'existence du tabès, la rapidité avec laquelle se fait l'épanchement, l'œdème concomitant du membre, les altérations considérables des extrémités osseuses, leur usure et parfois la production d'ostéophytes et de bourrelets osseux ne sauraient laisser aucun doute ; il s'agit bien là d'une arthropathie nerveuse.

Nous arrivons maintenant à la partie vraiment intéressante du diagnostic.

Avec quoi peut-on confondre une pseudo-tumeur blanche syphilitique ? Avec trois sortes de lésions, qui sont : l'*arthrite tuberculeuse* ou tumeur blanche vraie ; l'*ostéo-sarcome des extrémités osseuses* ; et l'*ostéomyélite des adolescents, forme prolongée*.

Le diagnostic entre la pseudo-tumeur blanche syphilitique et la tumeur blanche vraie est certainement celui qui a retenu le plus l'attention de ceux qui se sont occupés des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive : il nous sera assez facile à faire après la description que nous avons faite de la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

L'*arthrite tuberculeuse* ou tumeur blanche débute le plus souvent d'une manière insidieuse, puis apparaissent des douleurs intermittentes et sourdes puis fixes et vives, les altérations fonctionnelles, un gon-

flement peu marqué, une « vigilance » musculaire plutôt qu'une contracture réelle.

A cette première période en fait suite une seconde, marquée surtout par des changements considérables au niveau de la jointure : celle-ci est gonflée ; l'empâtement profond envahit les parties molles environnantes, soulevées par les bosselures de la synoviale que distendent les fongosités ; on a à ce moment par la palpation la sensation de cette fausse-fluctuation si bien connue aujourd'hui. La région est globuleuse ; la peau, encore blanche, paraît amincie, sèche, écailleuse ; on aperçoit par transparence un lacs de veines bleuâtres. La température est plus élevée que dans la jointure correspondante. Les mouvements de l'articulation deviennent de plus en plus difficiles, par suite de la contracture des muscles environnants.

C'est surtout à cette période qu'il faudra savoir différencier de cette tumeur blanche la pseudo-tumeur blanche syphilitique. En effet, à la dernière période, lorsque les fongosités franchissant les limites de la synoviale, pénètrent dans les parties molles et se creusent des cavités dans les tissus péri-articulaires, que des abcès se forment, que la peau s'ulcère et que du pus s'écoule par une ou plusieurs fistules, le diagnostic ne doit pas être posé, car la pseudo-tumeur blanche syphilitique, même à sa seconde période, ne présente jamais de tels caractères.

Au point de vue anatomo-pathologique, il est encore facile de distinguer la pseudo-tumeur blanche syphi-

litique de l'arthrite tuberculeuse, comme il résulte d'une autopsie de Gangolphe.

Dans les deux cas, la lésion débute fréquemment dans le tissu osseux pour envahir consécutivement la jointure. Dans l'arthrosyphilose, on trouve un noyau gommeux, d'aspect gélatineux, myxomateux, avec points jaunes au centre sans séquestres appréciables. Dans l'arthrotuberculose, le tubercule épiphysaire est toujours accompagné d'une nécrose plus ou moins étendue, avec volumineux séquestres ; il y a de la suppuration, une caséification étendue. Les cartilages sont décollés dans la tuberculose articulaire ; ils sont adhérents dans la syphilose. La synoviale tuberculeuse est épaisse, couverte de fongosités ; dans la syphilose elle est surtout vasculaire, à peine villeuse ; enfin les ligaments, détruits par les fongosités dans la tumeur blanche, sont respectés par l'arthrosyphilose.

Passons au second diagnostic : celui de la pseudo-tumeur blanche syphilitique avec l'*ostéo-sarcome des extrémités osseuses*. Ce diagnostic a son importance car le sarcome des os est plutôt une maladie de la jeunesse que de la vieillesse ; la période de sa plus grande fréquence s'étend de dix à trente ans. Au début, la confusion est fort possible, mais lorsque la tumeur sarcomateuse a atteint le développement qui peut la faire simuler la pseudo-tumeur blanche syphilitique, le diagnostic présente de sérieux points d'appui : la tumeur présente parfois un volume considérable ; le gonflement empiète surtout vers l'os ; à une dureté et à une élasticité uniformes font suite le ramol-

lissement et la dégénérescence des éléments ; en certains points existe de la fluctuation. Enfin, plus tard, lorsque la tumeur envahit les parties molles, que la peau s'ulcère, que des masses champignonneuses s'établissent à sa surface, les deux affections ne peuvent souffrir d'être comparées.

Nous arrivons au troisième et dernier diagnostic : celui de la pseudo-tumeur blanche *avec la forme prolongée de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire des adolescents*. Nous serons bref à ce sujet : cette ostéomyélite chronique, toujours accompagnée au début d'une fièvre plus ou moins intense, a pour la différencier des accidents bien nets : à savoir, dans le jeune âge, une affection ayant revêtu un caractère typhique, une ostéomyélite aiguë.

La dernière variété, *l'arthropathie déformante*, peut surtout être confondue avec le *rhumatisme tuberculeux déformant*, et le *rhumatisme chronique déformant*.

Le *rhumatisme tuberculeux déformant*, étudié par Poncet et ses élèves, a un début lent et insidieux ; il est chronique d'emblée. Les douleurs sont les premiers symptômes observés, elles apparaissent soit spontanément, sans cause appréciable, soit à l'occasion de la marche ou d'une fatigue quelconque, et surtout pendant la nuit. Puis les articulations se prennent ; celles qui sont atteintes semblent comme gonflées et distendues et cette déformation est encore exagérée par l'atrophie musculaire parfois considérable. Les parties molles sont tuméfiées : c'est ce gonflement périarticulaire, c'est cette sorte de fluxion qui ne s'accompa-

gne ni de rougeur, ni d'autres signes d'inflammation des téguments qui attirent l'attention.

A la palpation, les articulations atteintes donnent une impression particulière : la tuméfaction des parties molles communique aux doigts explorateurs une sensation de mollesse particulière, plus ou moins rénitente, rappelant la fausse fluctuation que donnent les fongosités dans les arthrites tuberculeuses ; parfois, on perçoit très nettement une crépitation identique à celle que donnent les synovites à grains riziformes. La palpation plus profonde montre la disparition de l'interligne articulaire par suite de la coaptation, de la pénétration des têtes osseuses, par suite de la rétraction fibro-tendineuse et la raréfaction osseuse pathologique dont sont le siège les extrémités articulaires.

Le rhumatisme tuberculeux déformant se rencontre surtout vers la vingtième année ; on l'observe cependant plus tôt et c'est à cet âge qu'il est parfois difficile de le différencier de l'arthropathie déformante. Cependant, les caractères que nous venons d'énumérer ne sont point tout à fait ceux de cette dernière affection, principalement à la période des déformations confirmées, surtout si l'on ajoute qu'ils se montrent chez un tuberculeux, porteur d'autres manifestations.

Le second diagnostic, celui de l'arthropathie déformante et du *rhumatisme chronique déformant* mérite de retenir notre attention, bien que cette dernière affection soit plutôt une maladie de l'âge avancé. Ce que l'on trouve dans l'hérédité du rhumatisme chronique, c'est ce que Charcot avait déjà observé, c'est ce qu'abien

vu Bouchard, c'est la scrofule. Il peut envahir toutes les articulations, mais les formes limitées sont les plus fréquentes ; souvent les membres supérieurs sont seuls atteints ; assez souvent même, il n'y a que les mains qui sont prises ; mais quelle que soit la partie envahie, une fois que les déformations sont produites, la maladie reste stationnaire ; elle a une longueur désespérante, dix, quinze, vingt ans et résiste à tous les traitements.

Le rhumatisme chronique déformant débute le plus souvent, de façon symétrique, à l'index et au médius des deux mains, par les articulations métacarpo-phalangiennes et les divers segments des phalanges, sans état général, sans fièvre. Ces poly-arthrites essentiellement subaiguës, à marche lente, rapide, peu douloureuses, mais d'une fixité désespérante, s'accompagnent bientôt de douleurs périarticulaires dans les masses musculaires, entraînant à leur tour des réactions spasmodiques des muscles, d'où la production d'attitudes vicieuses et de griffes spéciales.

C'est à la fin de cette période qu'il se produit des phénomènes de tuméfaction au niveau des parties molles se traduisant par de l'hydarthrose ou de l'épaississement de la synoviale et des phénomènes de même nature au niveau des parties dures, donnant des ostéophytes ; des bourrelets osseux, des corps étrangers et arrivant à produire des sublucations.

Il est certain qu'arrivé à cette période de son évolution, le rhumatisme chronique déformant peut être facilement confondu avec l'arthropathie déformante. Cependant la façon dont ces deux affections envahissent les

articulations est bien différente, et le rhumatisme a une préférence bien marquée pour les petites articulations. Il faut reconnaître que dans bien des cas, et surtout chez les enfants, le traitement spécifique sera seul juge, selon qu'il agira ou non.

L'observation que nous rapportons ci-dessous et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Méry, est un exemple de cette difficulté de diagnostic entre l'arthropathie déformante et le rhumatisme chronique déformant.

Observation X

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Grancher).

(Hôpital des Enfants-Malades).

Ostéo-arthropathie déformante des doigts, probablement rhumatismale. Irido-choroïdite double.

Fillette âgée de sept ans, entrée à l'hôpital pour des troubles très graves du côté des yeux, survenus au cours de manifestations rhumatismales et qui ont abouti à la perte à peu près complète de la vision.

Au point de vue des antécédents, nous n'avons rien trouvé du côté du père, chez lequel nous avons recherché avec soin la syphilis : nous n'avons pas vu la mère, mais nous avons appris qu'elle n'avait pas été malade, qu'elle n'avait pas fait de fausses couches, ni perdu d'enfants en bas âge.

Cette fillette est née à terme et elle a été nourrie au biberon à la campagne. Il n'y a rien à noter dans sa première enfance : elle a eu sa première dent à quinze mois et a marché à dix-huit mois. La parole ne lui est venue qu'à deux ans. Il y a eu un

peu de retard au point de vue de la marche et de l'évolution dentaire, retard qui paraît avoir été causé par des phénomènes de rachitisme. Il y a deux ans, on s'est aperçu que sa colonne vertébrale était très déviée et on a dû recourir, à ce moment, à l'emploi d'un corset orthopédique. Cette déviation de la colonne vertébrale a été le seul phénomène pathologique à noter avant l'affection actuelle.

Elle n'a eu aucune fièvre éruptive.

Le début des accidents actuels remonte à l'année dernière : on s'est aperçu que les doigts des deux mains gonflaient progressivement : cette déformation s'est faite d'une façon absolument indolente. Il n'y avait aucune réaction inflammatoire ou fébrile, de telle sorte qu'au début, on avait même pris ce gonflement pour des engelures.

Un peu plus tard, vers le mois de septembre 1902, on remarque que la vue de la fillette baisse progressivement ; le père s'aperçoit alors de la présence d'une petite tache blanche dans le champ pupillaire de l'œil gauche et constate que l'enfant ne peut plus lire avec cet œil.

On la conduisit alors chez le Dr Valois, oculiste de Nevers, qui fit le diagnostic de cataracte au début et conseilla d'attendre le printemps pour opérer. Il ordonna comme traitement des purgatifs légers et de la pilocarpine en instillations quotidiennes. Peu à peu la tache s'étend et la vision s'affaiblit complètement du côté gauche. Jusqu'alors l'œil droit était indemne, lorsqu'en octobre, l'enfant qui revenait de l'école s'écrie tout à coup qu'elle n'y voit plus clair. La cécité s'était brusquement complétée.

Le Dr Valois, de nouveau consulté, conseille alors le traitement spécifique sous forme de frictions. Depuis ce moment l'état

de la fillette ne s'est pas amélioré et les parents se sont décidés à venir demander un conseil à Paris.

Etat actuel. — L'enfant a une taille un peu au-dessous de celle d'une fillette de son âge : son aspect général, son développement intellectuel paraissent normaux. Elle présente, comme nous l'avons dit, des stigmates de rachitisme : chapelet costal ; nouures radiales et scoliose ; notons qu'il s'agit d'une scoliose simple, à début précoce, mais non d'une affection des articulations vertébrales avec déviation secondaire : les mouvements du cou et du tronc sont en effet parfaitement normaux.

Du côté des mains, on constate que l'index, le médius et l'annulaire des deux côtés présentent la déformation dite « en radis », si caractéristique du rhumatisme noueux. Le gonflement commence au niveau des phalanges pour atteindre son maximum à la hauteur des articulations phalango-phalangien-nes, pour s'atténuer ensuite en laissant aux doigts un aspect fusiforme très net. Les pouces ne sont pas atteints. Les petits doigts, sans être gonflés, sont déformés en ce sens qu'ils ont subi une incurvation à concavité interne, épousant la saillie correspondante des annulaires. La palpation des articulations déformées est absolument indolore. Les mouvements spontanés ne sont pas non plus douloureux ; ils sont simplement limités.

Ces déformations articulaires ne portent que sur les doigts. Les autres jointures sont respectées, en particulier les genoux. Si maintenant nous explorons minutieusement les os nous constatons que ni les tibias ni les humérus, ni les cubitus ne présentent de saillies anormales. Mais l'épiphyse radiale gauche est certainement augmentée de volume et cette hyperostose empiète sur la diaphyse ; il y a là plus qu'on ne voit habituellement dans le rachitisme.

Du côté des yeux, on constate des altérations graves. Cet examen a été pratiqué par M. Roche qui a constaté les lésions suivantes :

Oeil gauche. — Iritis ancienne avec synéchies peu nombreuses. Mais sur la cristalloïde antérieure, on constate des traces de synéchies anciennes. De plus, cette fillette a une cataracte ancienne ayant l'aspect des cataractes séniles, le cristallin est ambré ; à la surface de la cristalloïde antérieure se trouve à la partie inférieure un petit vaisseau de formation nouvelle ; l'ombre projetée par l'iris est absolument nulle. La projection lumineuse difficile à chercher semble cependant être mauvaise.

Oeil droit. — L'iris semble ne présenter rien d'anormal ; à l'éclairage oblique, on ne voit pas de synéchies ni d'opacités du cristallin. Après atropinisation, on constate que le corps vitré est rempli de corps flottants opaques, vestiges d'une hémorragie ancienne. De ce côté la vision est très faible : l'enfant compte les doigts à cinquante centimètres.

En résumé, on constate chez cette petite malade une déformation articulaire des doigts rappelant tout à fait celle du rhumatisme noueux, d'autre part une double lésion oculaire consistant en irido-choroïdite avec cataracte et hémorragie du vitré.

L'examen radiographique a montré l'hyperostose des extrémités articulaires des phalanges, particulièrement au niveau du médus.

LE TRAITEMENT institué a consisté en injections intra-musculaires d'une solution aqueuse de bi-iodure de mercure. Le 27 mars, l'enfant a reçu 13 injections de 4 milligrammes chacune et on n'a observé aucune régression, ni du côté des jointures, ni du côté des yeux.

VII

PRONOSTIC

Bien que le nombre des observations que nous rapportons ne soit pas considérable, il nous est cependant permis de constater que sous l'influence du traitement spécifique, les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive évoluent assez rapidement vers la guérison. S'il nous avait fallu nous faire une idée de la gravité de ces accidents tardifs d'après la statistique donnée par Augagneur, dans sa thèse, nous serions arrivés à une conclusion presque semblable. C'est qu'en effet, dans les 81 cas qu'il rapporte, les manifestations articulaires sont fort peu représentées, et la mortalité de 13,50 pour 100 qui est indiquée s'adresse aux manifestations générales de la syphilis héréditaire tardive ; et il ajoute « c'est là une mortalité considérable et qui est d'autant plus digne de faire réfléchir les médecins, que si pendant la vie, la cause du mal eût été soupçonnée, l'issue eût été très différente. » De son côté, au commencement de la clinique qu'il fit en 1878, sur la syphilis héréditaire tardive, Bou-

chard commence ainsi : « Je vous entretiendrai aujourd'hui d'un fait attristant qui a été pour moi, et qui peut être pour tous les médecins d'un grand enseignement. » Et après avoir exposé l'incertitude dans laquelle il avait toujours été au sujet du diagnostic, il ajoute : « Ce qu'il y a de plus triste dans cette incertitude, ou mieux, dans cette ignorance, c'est que si le mal avait été reconnu, il eût vraisemblablement guéri. »

Au point de vue fonctionnel, le pronostic est non moins favorable, et si dans la tuberculose articulaire l'ankylose en bonne position est un mode de guérison que l'on doit souhaiter de voir se réaliser, ce souhait n'a point besoin d'être formulé pour la syphilis articulaire tardive. Bien plus, non seulement l'arthrosyphilose tardive ne conduit point à l'ankylose, mais sous l'influence du traitement spécifique, méthodique et intensif, on voit les lésions articulaires régresser rapidement, les mouvements s'accomplir normalement, l'impotence fonctionnelle devenir nulle ou très légère.

De toutes les manifestations de la syphilis héréditaire tardive, il semble donc que les manifestations articulaires soient de celles dont le pronostic soit le plus favorable. Aussi, après avoir lu les observations que nous rapportons où le traitement spécifique a agi promptement et énergiquement, nul ne doutera que, donné à temps, il peut prévenir les plus grands malheurs ; et l'on peut dire, avec conviction, que le pronostic reste subordonné à la précocité du diagnostic et du traitement.

VIII

TRAITEMENT

Le traitement est celui de la syphilis acquise à sa période tertiaire. Cependant, il est assez intéressant, par un coup d'œil rétrospectif, de faire en quelque sorte l'histoire de ce traitement.

Nous voyons ainsi que les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ont subi, dans l'intensité du traitement qu'on leur a appliqué à différentes époques, une sorte de crescendo.

En effet, au début, l'iodure de potassium était seul employé contre ces accidents et encore ne l'était-il qu'à très petite dose. Puis on lui substitua le sirop de Gibert, pour en arriver aux frictions mercurielles. Ces frictions dont les heureux résultats se font souvent sentir dans la syphilis acquise du jeune âge et de l'adulte ne sont point regardées aujourd'hui comme suffisantes dans le traitement de l'hérédo-syphilis et surtout de ses manifestations articulaires. On a eu recours aux injections intra-musculaires de différents sels de mercure.

On a fait des injections d'huile grise, puis de cya-

nure de mercure, mais c'est aux injections de biiodure d'hydrargyre que nous accordons la préférence.

La presque insolubilité de ce sel dans l'eau n'avait point permis jusqu'alors de l'employer sous forme de solution aqueuse et c'est à un artifice de préparation que l'on doit d'être arrivé à ce résultat. Le biiodure de mercure étant soluble dans les iodures alcalins, on l'a associé, à parties égales, à l'un de ces iodures, de façon à rendre plus grande sa solubilité. La formule de préparation est la suivante :

Biiodure de mercure	{	à 4 milligrammes
Iodure de sodium		

Eau distillée bouillie. 1 centimètre cube.

Cette solution est vendue en ampoules de 4 milligrammes, ce qui la rend d'un emploi très facile.

De cette énumération, il y a ceci à retenir : c'est que si l'iodure de potassium peut à des doses quotidiennes de 4 à 8 grammes agir efficacement contre la douleur, contre l'arthralgie, c'est aux injections intra-musculaires de biiodure de mercure qu'il faut avoir recours dans tous les autres cas. On fera, pendant les deux ou trois premiers jours, une injection quotidienne de 2 milligrammes de la solution aqueuse de biiodure d'hydrargyre formulée ci-dessus pour en arriver, les jours suivants, à une injection de 4 milligrammes.

La nécessité d'un traitement aussi intensif des manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive ne saurait recevoir de meilleure démonstration que l'exemple qui en est fourni par notre observation VII. En effet, après avoir usé de l'iodure potassium et des

frictions mercurielles, ce n'est que lorsqu'on fit des injections de biiodure de mercure que les lésions regressèrent pour arriver assez rapidement à une complète guérison.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire, de même que le rachitisme, se manifeste chez ceux qu'elle atteint par des stigmates qui lui sont propres. Ces stigmates, il faut les connaître et savoir les rechercher : leur présence chez un sujet porteur, par exemple, d'accidents articulaires, aidera à déceler la nature de ces accidents.

2° Les manifestations articulaires sont, parmi les accidents tardifs de la syphilis héréditaire, de ceux qui sont encore le moins connus.

3° La multiplicité de formes de ces manifestations articulaires ne peut servir qu'à jeter la confusion sur leur origine réelle. Aussi, sans aller aussi loin que Danjou qui ramène à une seule — l'ostéo-arthropathie déformante — toutes les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive, nous pensons qu'il serait bon et logique, en même temps, de les réduire à deux et de conserver les dénominations déjà existantes de : *pseudo-tumeur blanche* et *d'arthropathie défor-*

mante. En effet, si nous ne pouvons nous prononcer sur la forme « hydarthroses essentielles » dont Clutton seul a rapporté des observations, il nous paraît d'autre part bien certain que les formes « arthralgique » et « hydarthrose chronique » ne doivent être regardées que comme des symptômes de début ou des complications des deux autres formes auxquelles nous accordons une entité morbide : la pseudo-tumeur blanche et l'arthropathie déformante.

4° Le diagnostic souvent si difficile pourra, par suite, présenter moins de difficultés ; il se réduira à mettre en présence des deux formes reconnues les différentes affections que nous avons déjà énumérées, à savoir : la tumeur blanche vraie, l'ostéo-sarcome des extrémités osseuses, la forme prolongée de l'ostéomyélite juxta-épiphysaire, le rhumatisme tuberculeux déformant et le rhumatisme chronique déformant.

5° « Le traitement, avons-nous dit, viendra aider au diagnostic selon qu'il agira ou non. » Ceci n'est malheureusement pas toujours vrai, et dans certains cas, bien que le diagnostic de manifestation articulaire hérédo-syphilitique tardive ne puisse être mis en doute, le traitement reste sans effet, et ceci pour les deux raisons suivantes : tout d'abord parce qu'arrivées à une certaine période de leur évolution les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive, de même que certaines manifestations tertiaires de la syphilis acquise, ne réagissent plus au traitement spécifique, et qu'ensuite on peut se trouver en présence de sujets réfractaires à tout traitement comme en signale Augagneur.

Cependant, il nous paraît probable que ces cas deviendront de moins en moins nombreux, car n'étaient-ils point dus, en effet, à l'insuffisance du traitement, à son manque d'énergie ? On peut supposer que ces cas malheureux auxquels l'iodure de potassium ou les frictions mercurielles n'ont apporté aucune amélioration auraient peut-être subi une heureuse influence d'un traitement plus intensif — les injections intra-musculaires de biiodure d'hydrargyre — tel qu'on le pratique aujourd'hui.

Vu : le Président de la thèse

HUTINEL

Vu par le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- FOLLIN. — *Path. externe*. T. I, p. 715.
- DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*. T. III, p. 260 et suivantes.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. — T. I, p. 255 et suivantes.
- FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis*, 1880.
— *Syphilis héréditaire tardive*, 1886.
- BEAUMÈS. — 1805. *Traité des maladies vénériennes*.
- CHOMEL. — 1837. *Leçons de clinique médicale*.
- RICORD. — 1838. *Traité pratique des maladies vénériennes et Leçons sur la syphilis*.
- RICHEL. — 1853. *Académies de Médecine*. T. XVII, p. 37.
- WIRCHOW. — 1860. *De la syphilis constitutionnelle*.
- MELCHIOR ROBERT. — 1861. *Traité des maladies vénériennes*. p. 701.
- HÉNOCH. — 1861. *Beiträge 2. Kinderheilkunde*. p. 192.
- WEGNER. — 1861. *Virch. Arch. f. Pathol. anat.* Bd. 50.
- LANCEREAUX. — 1863. *Traité de la Syphilis et In. Mem. Soc chir.*
- PANAS. — 1865. *In. nouveau Dict. de méd. et de chirurg. prat.* T. III. article : Articulation.
- DAVASSE. — 1865. *La syphilis : ses formes, son unité*, p. 314 et 366.
- B. H. TAYLOR. — 1871. *American journal of Dermatology and syphilis*. Syphilis of the fingers.
- W. TAYLOR. — 1871. *American journal of Dermatology and syphilis*. Deux cas de synovite du genou.

- A. DESPRÈS. — 1873. *Traité théorique et pratique de la syphilis.*
- LANCEREUX. — 1874. *Traité de la syphilis.* 2^e édition.
- GRESSENT. — 1874. *Thèse de Paris.* Des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.
- CHABOUX. — 1875.
- WAFFIER. — 1875. *Thèse de Paris.* Du rhumatisme syphilitique.
- DAUZAT. — 1875. *Thèse de Paris.* Etude sur l'arthrite syphilitique.
- J. VOISIN. — 1875. *Thèse de Paris.* Contribution à l'étude des Arthropathies syphilitiques.
- I. PLATEAU. — 1877. *Thèse de Paris.* Etude sur les épanchements articulaires syphilitiques.
- MELCHIOR ROBERT. — 1878. *Nouveau traité des maladies vénériennes Laskevitch Wiener, Méd. press.*
- G. BOUILLY. — 1878. *Thèse d'agrégation.* Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques.
- HUTINEL. — 1878. *Revue mensuelle de méd. et de chirurg.* p. 107.
- V. CORNIL. — 1879. *Leçons sur la syphilis,* p. 269.
- AUGAGNEUR. — 1879. *Thèse de Lyon.* Etude sur la syphilis héréditaire tardive.
- JULLIEN. — 1879. *Traité des maladies vénériennes.*
- GUTERBOCK. — 1879. Ueber hereditar-syphilische Erkrankungen der gelenke. *Arch. f. Klin. chirurg.* p. 299.
- DUREUIL. — 1880. *Thèse de Paris.* Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques.
- TOUSSAINT. — 1881. *Thèse de Paris.* Des arthrophytes et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.
- ROUSSEL. — 1881. *Thèse de Paris.* De la syphilis tertiaire dans la seconde enfance et chez les adolescents.
- GANGOLPHE. — 1881. *Congrès français de chirurgie. Société anatomique de Paris,* 1885.
- TH. GIESS. — 1881. Arthropathies syphilitiques. *Deutsche Zeit. für Chir.* T. XV, p. 589.

- J. SIMON. — 1882. *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, p. 218.
- MÉRICAMP. — 1882. *Thèse de Paris*. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires.
- DEFONTAINE. — 1882. *Thèse de Paris*. De la syphilis articulaire.
- M. SCHULLER. — 1882. Des arthropathies syphilitiques. *Arch. de Langenbeck*, T. XXVIII, et *Gazette hebdomadaire*, p. 725.
- DELAITRE. — 1883. *Thèse de Paris*. Etude sur l'Historique, l'Etiologie et la Pathogénie de la syphilis héréditaire et particulièrement des manifestations tardives de la syphilis héréditaire.
- RANGUEDAT. — 1883. *Thèse de Paris*. Des arthropathies dans la syphilis héréditaire.
- MIDDELDORPF. — 1886. Weitere Beiträge zur Resection der Ellebogengelenke. *Arch. für Kin. Chir.*, t. XXXIII, p. 1 et 2.
- CLUTTON. — 1886. Symmetrical synovitis of the Knee in hereditary syphilis, in *The Lancet*, 27 février.
- DANJOU. — 1887. *Thèse de Paris*. Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire.
- LANNELONGUE. — 1887. Des arthrites syphilitiques. *Tribune médicale*, 18 septembre.
- MANNINO. — 1888. *France médicale*.
- KIRMISSON. — 1889. Des arthrites syphilitiques. *Bulletin médical*, 29 mai, et *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*.
- CHEMINADE. — 1889. De l'arthrite syphilitique. *Bulletin de la Soc. méd. de Bordeaux*, p. 567.
- KIRMISSON ET JACOBSON. — 1897. Les arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'orthopédie*.
- MÉRY ET GUILLEMOT. — 1903. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, 2 avril.